Ueber den

Vorfall der schwangeren Gebärmutter.

INAUGURAL-DISSERTATION,

ZUR

ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

VORGELEGT DER

MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT

ZU BERLIN

UND ÖFFENTLICH ZU VERTHEIDIGEN

am 29. Juli 1869

VON

Moritz Litten

aus Elbing.

OPPONENTEN:

Carl Hoffmann, Dr. med.
Albert Lehmus, Dr. med.
Siegmund Radziejewski, Dr. med.

BERLIN.

BUCHDRUCKEREI VON GUSTAV LANGE (OTTO LANGE).

Seinem

theuren Vater

in kindlicher Verehrung gewidmet.

Als ich im Winter 1868/69 auf der Klinik des Herrn Geheimrath Martin practicirte, bekam ich eine Kreissende zu entbinden, die an einem Prolapsus uteri litt, welchen sie sich während der Schwangerschaft zugezogen hatte. Sowohl dieser Fall selbst (cf. No. 58), als die Aetiologie und das Wesen des Uebels, worüber die Meinungen so mannigfach getheilt sind, veranlassten mich, bei dem hohen Interesse der Frage, diesen Gegenstand als Thema meiner Dissertation zu wählen, und zu versuchen, sowohl die Literatur als die jetzt herrschenden Ansichten hierüber zusammenzustellen. —

Unter Vorfall der Gebärmutter versteht man diejenige Dislocation des Uterus, bei welcher dieses Organ in seiner Gesammtheit eine tiefere Lage als gewöhnlich einnimmt. — Je nachdem dasselbe mehr oder weniger herabgetreten ist, unterscheidet man verschiedene Grade des Uebels. —

1. *Senkung:* Der Uterus sinkt in dem schlaffer gewordenen Scheidengewölbe, unter leichter Einstülpung desselben, etwas hinab.
2. *Unvollkommener Vorfall* (Prolapsus incompletus): Die Portio vag. erscheint in der Rima vulvae, der übrige Uterus befindet sich innerhalb der Vagina, deren Gewölbe der Portio gefolgt ist, indem sie sich eingestülpt hat. Damit ist eine Veränderung der Stellung dieses Organs zur Beckenachse gegeben. Während früher der Fundus nach vorn und oben, die Portio nach hinten und unten gerichtet war, befindet sich jetzt der Fundus nach hinten, die Portio nach vorn gerichtet. —
3. *Vollkommener Vorfall* (Prolapsus completus): Der Uterus ist aus der Rima vulvae hervorgetreten und hängt mehr oder minder zwischen den Schenkeln herab.

Von diesen drei Variationen des Prolapsus uteri kommen die beiden ersten bei Schwangern und Gebärenden unzweifelhaft vor; über das Vorkommen der dritten herrschen Zwei-

fel. Wenn die Existenz eines Prol. uteri completus, d. h. eines solchen, bei dem kein Theil des Uterus im Becken zurückbleibt, schon bei nicht Schwangern so selten ist, dass Paul von Aegina sagt: Nonnulli vero universum uterum procidere affirmant, quod sane videtur absurdum, und Kiwisch denselben ebenfalls vollständig läugnet, (nie tritt, wie häufig angenommen wird, die ganze Gebärmutter vor die äussern Genitalien, ja bei den bedeutendsten Vorfällen liegt in der prolabirten Parthie kaum die Hälfte der Gebärmutter, und es liegt der Grund derselben noch wider Vermuthen hoch in der Beckenhöhle), um wie viel mehr muss dieses bei einem geschwängerten Uterus der Fall sein, der ja ausserdem die Tendenz hat, sich im kleinen Becken mehr und mehr zu erheben, bis der Fundus dasselbe gänzlich verlässt. — Es spricht dafür auch der Umstand, dass bei den 91 Fällen, die später citirt werden, welche, soweit mir die Literatur zugängig war, die bis jetzt veröffentlichten Beobachtungen umfassen, kein Autor angegeben hat, dass er bei der äussern Untersuchung das vollständige Fehlen des Uterus im Becken oberhalb der Symphyse constatirt habe. Es werden allerdings Fälle angeführt, bei denen der prolabirte Uterus bis zu den Knieen der Gebärenden hinabgeragt habe (Py, Harveus, Dufour, Fabricius, Wimmer, Wagner, Müllner, Richter), doch fehlt bei ihnen allen das Resultat der äussern Untersuchung der Bauchgegend. Nur die von Antonio Mercogliano in den Annali universali di medicina August 1832 mitgetheilten zwei Fälle würden das Vorkommen beweisen; er erzählt, dass während des ganzen Verlaufs der Schwangerschaft der Uterus vorgefallen geblieben, und die Gravidität durchaus ausserhalb des Unterleibes verlaufen sein soll. Beide Kinder seien lebend zur Welt gekommen. Der Berichterstatter dieser Fälle, Trefurt, setzt beim Erzählen derselben hinzu: er wolle sich jeder Bemerkung darüber enthalten, worin doch ein Zweifel an der richtigen Beobachtung derselben zu liegen scheint (cf. Trefurt, Abhandlungen S. 242). Erwähnenswerth ist ein hierher gehöriger Fall von Seidel, welcher bei einer Multipara die „total“ vorgefallene Gebärmutter in der Länge von 2 Fuss und der Breite von 1 Fuss vor den Geschlechtstheilen fand. Es findet sich bei dieser Beschreibung im „Organ für die gesammte Heilkunde“ 1859. Hft. 3. allerdings nicht mitgetheilt,

welches das Resultat der äussern Bauchuntersuchung gewesen sei.

Ebensowenig beweist aus demselben Grunde der später erzählte Fall von Müllner (cf. No. 63), wo auch die ganze Gebärmutter ausserhalb der Genitalien gelegen haben soll. — Wir haben also nur sicher constatirte Fälle, dass der Cervix uteri und der untere Theil des Uterinkörpers in grösserer oder geringerer Ausdehnung aus den Schamtheilen heraustreten und sich vor ihnen lagern. Dieses kann geschehen, — doch sind hier nur die idiopathischen Fälle gemeint, nicht diejenigen, wo der Uterus dem Zuge eines benachbarten prolabirten Organs folgt, — indem der Fundus tiefer als normal zu liegen kommt, gleichsam im kleinen Becken hinabrutscht, um dem vorgefallenen Cervix folgen zu können. Anders verhält es sich, wenn der Hals der Gebärmutter in kleinerer oder grösserer Ausdehnung vorfällt, ohne dass der Fundus seine Stelle verändert, ja selbst den Erhebungen der entsprechenden Schwangerschaftszeit folgend, in die Höhe steigt. Dass solche Fälle von Uterusvorfall ohne Senkung des Fundus ganz sicher vorkommen, zeigt u. A. der von Virchow in den Verhandlungen der Gesellschaft für Geburtskunde, Berlin 1847, pag. 205 beschriebene Fall, wo bei einem sehr bedeutenden Vorfall der Grund mit den Tuben nicht blos in normaler Höhe sich befand, sondern eher noch etwas über derselben erhoben war. Eben solche Fälle beschreibt Morgagni in seinen (de sedibus et causis morborum) von einer alten hemiplektischen Frau aus Bologna und Gusserow (cf. die später citirten Fälle No. 15 u. 16). Dieser Zustand ist bedingt durch bedeutende Hypertrophie und Verlängerung des Mutterhalses, welche jedoch als primär aufzufassen sind, und nicht etwa als hervorgerufen durch die Reizung, welche der prolabirte Theil erleidet. Es ist eigentlich incorrect, diese pathologische Veränderung des Uterus, wobei das Organ seine Lage gar nicht verändert, als Vorfall zu bezeichnen; da es jedoch jetzt allgemein Sprachgebrauch ist, so möge man mir gestatten, mich demselben anzuschliessen. Es ist diese Hypertrophie des Cervix ein Analogon zu dem Falle, wo durch ein im Fundus uteri wurzelnder Tumor (Fibrom, Fibroid) ebenfalls ohne Lagenveränderung des Fundus sich eine Verlängerung und Wucherung des Mutterhalses ausbildet. Es ist von einigen Autoren, z. B. Hughier, die Behauptung aufgestellt, es gäbe fast

gar keinen Prolapsus uteri, sondern die Hypertrophie des Cervix sei fälschlich dafür gehalten; es ist dieses eben so übertrieben, als wenn von anderer Seite das Vorkommen des Gebärmuttervorfalls ohne Senkung des Grundes ganz geläugnet wird. Da das Vorkommen solcher Fälle unbezweifelt ist, so scheint keine andere Erklärung, welche den scheinbaren Widerspruch zu lösen vermag, zulässig, als die, welche sich auf Hypertrophie und Verlängerung des Cervix stützt. — In der Hypertrophie desselben liegt in vielen Fällen die Bedingung der Irreductibilität des Prolaps, um so mehr, da fast immer eine Hypertrophie der Scheide und Verwachsung des Halses mit der invertirten Vagina zu Stande kommt. Durch welche Verhältnisse und Umstände der Uterus veranlasst wird, die besprochene Verlängerung einzugehen, scheint noch nicht genügend aufgeklärt. Gewöhnlich erfährt er von der Scheide aus, wenn diese vorgefallen ist, eine Zerrung, wodurch der Cervix und dem entsprechend der Cervical-Kanal die Verlängerung und Hypertrophie erleidet, während der Fundus uteri fixirt bleibt (monströse Verlängerung Rokitanzky's, — rüsselförmige Verlängerung Virchow's). — In den meisten Fällen der Art besteht nur ein Prolapsus vag. ant., während das hintere Scheidengewölbe an der normalen Stelle im Becken sich befindet. Dann haben wir es mit der Erschlaffung der Lig. pubo-vesico-uterina zu thun, während die Lig. sacro-uterina nicht erschlafft sind. Es gesellt sich gern zu dieser Hypertrophie noch Retroflexio uteri zu. In anderen Fällen hat eine Verletzung des Dammes stattgefunden, wodurch eine Rectocele entstanden war, die eine Zerrung des Uterus nach abwärts bedingt hatte. — Mit der Zunahme des Volumens in der Schwangerschaft tritt dann der Cervix noch tiefer herab, bis er endlich heraustritt, wobei der Fundus oberhalb der Symphyse gefühlt werden kann. Die Verletzung besteht gewöhnlich in einer Ruptura perinaei während des Geburtsaktes, in Folge dessen sich ein Prol. uteri ausbildet; ich habe derartige Fälle unter 91 Beobachtungen nur 3 mal gefunden.

In noch anderen Fällen folgt der Uterus einem durch eine vorher bestandene Cystocele oder Enterocele vaginalis bedingtem Zuge.

(Zu vergleichen:

Kiwisch, Krankh. der Gebärmutter.

Morgagni, De sedibus et causis morb.

Ruysch, Observ. anat. chirurg. cent. Amstelodami 1691. pag. 16.
Blandin, Traité d'anat. topogr. Paris 1834.
Rokitanzki, Pathol. Anatom. Bd. III.

Die pathologisch-anatomischen Veränderungen, welche die prolabirten Theile erleiden können, gestalten sich nach den ätiologischen Verhältnissen und nach der Dauer des bestehenden Uebels höchst mannigfaltig; sie sind bei geschwängertem Uterus von um so grösserem Interesse, als dadurch eine Verletzung des etwa in dem prolabirten Uterus vorliegenden Kindestheiles erfolgen könnte, was jedoch nicht häufig geschieht. — Hierher gehörige Beobachtungen finden sich unter den später mitgetheilten Fällen sechs; viermal lag der Kopf vor, theils allein, theils mit der Schulter, einmal die rechte Hand, und ebenfalls einmal der rechte Fuss, der indess schon gangränös war. — Das Gewebe des Uterus zeigt entweder den Charakter der einfachen Hypertrophie, oder noch häufiger den des chronischen Infarcts. Der Mutterhalskanal pflegt mit glasigem Schleim gefüllt zu sein; die Sonde ergiebt zuweilen kolossale Verlängerung der Uterushöhle. Der Cervix selbst ist mit Excoriationen und Geschwüren bedeckt. Seine Substanz pflegt derb und gefässreich, die innere Fläche mit kleinen polypösen Verlängerungen der Schleimhaut versehen zu sein. — Soweit der prolabirte Theil der Luft ausgesetzt war, findet man ihn gewöhnlich trocken und mit Pflasterepithel bedeckt, wodurch er das Aussehen der äusseren Haut bekommt. Die Muttermundslippen sind dick, rigid, mit lederartigem Ueberzuge bekleidet, wodurch eine fast unüberwindliche Unnachgiebigkeit des Orif. ext. bedingt wird. Hierdurch wird nicht nur oft ein Geburtshinderniss gegeben, sondern auch durch die Wehen und die Bauchpresse Uterus und Scheide mit dem Foetus tiefer herab und zur Vulva herausgezogen. (C. Mayer, Hougthon, Merriman, Ashwell, Lessman). —

In den Fällen, wo der Uterus bei Prolapsus wirklich seine Stellung ändert und herabsinkt, haben wir wohl wesentlich die Frschlaffung seiner Befestigungsbänder namentlich der Ligg. lata und sacro-uterina als wichtiges Moment anzusehen, ferner eine Erschlaffung der Scheide, vielleicht auch eine zu geringe Länge derselben (Boivin). Andere Autoren schrieben die nächste Ursache des Gebärmuttervorfalls anderen Veranlassungen zu, so Zerreissung der Ligg.

uteri, Veränderungen der Membran zwischen Cervix uteri und Blase einerseits und Mastdarm andererseits (Hartmann). Jedenfalls sind alle Theile, die zur Fixirung des Uterus in seiner Lage beitragen, mehr weniger beim Prolaps betheiligt, so also das Peritoneum mit seinen Falten und Bändern (excavatio vesico-uterina, ligg. utero-vesical. sive lig. anterius, excavatio recto-uterina, Plicae semilunares Douglasii sive ligg. uteri poster., Ligg. lata, Ligg. rotunda, Perinaeum, Fascia pelvis und perinaei, Levator ani, Vagina). — Es ist also die Prädisposition zu einem Prolaps gegeben in den Ursachen, welche im gesammten Genitalapparat physiologische und pathologische Veränderungen hervorrufen, so dass der Uterus durch seine eigene, oder durch die Schwangerschaft vermehrte Schwere, oder andern Momenten nachgebend, heruntersinken muss. Hier ist vor allen Dingen ausser der Schwangerschaft das Wochenbett zu nennen; in dieser Zeit des weiblichen Geschlechtslebens ist alles vereint, was den Prolapsus uteri begünstigen könnte. — Alle Bänder des Uterus, die im Verlauf der Schwangerschaft sich verlängerten, sind erschlafft und können so noch weniger den Uterus in seiner Lage erhalten, die Scheide, welche in der Geburt ihre grösstmöglichste Ausdehnung erfahren hat, hat ihren Tonus verloren, vermöge dessen sie den Uterus unterstützen könnte. — Auch dem Beckenboden, der wie alle hierher gehörige Theile während der Schwangeschaft in allen seinen Beziehungen aufgelockert ist, fehlt der nöthige Halt. Hierzu kommt in manchen Fällen noch eine Verletzung des Dammes (Ruptura perinaei) hinzu; tritt dieser Umstand ein, so bedarf es nur des geringsten Anstosses, um einen Prolaps zu bewirken. Ausser den angeführten veranlassen folgende Einflüsse bei der Geburt und während des Puerperal-Zustandes das Uebel am häufigsten. Einmal das Verarbeiten der Wehen, wenn Kreissende vor Anfang der Treibwehen, oder zu Anfang der Geburt mitdrängen, so dass Bauchmuskeln, Diaphragma und die Baucheingeweide auf den Uterus wirken. Hierdurch kann ebenso wie durch die anderen Beschäftigungen, welche die Bauchpresse sehr in Anspruch nehmen, wie Husten, Schreien, Drängen etc., der Uterus aus seiner gehörigen Lage verrückt und tiefer als in der Norm in das Becken hinabgedrängt werden. Häufiger aber noch wird der Keim dazu im Wochenbett gelegt. Während der ersten 8—9 Tage nach der Niederkunft ist der Umfang der Gebärmutter

noch so gross, dass sie theilweise sich im grossen Becken befindet, dann aber tritt sie in das kleine wiederum herab, und vermöge ihrer noch bedeutenderen Schwere und der Laxität ihrer Bänder tiefer als sonst im nicht geschwängerten Zustand. — Diese Zeit ist es nun, in der bei schlechtem Verhalten dauernde Senkungen veranlasst werden. Wenn sich nun in der Zeit des naturgemäss tiefern Standes des Uterus die Wöchnerinnen körperlichen Arbeiten unterziehen müssen, so ist es nicht wunderbar, wenn die Gebärmutter noch tiefer herabsinkt und selbst bis vor die äussern Geschlechtstheile tritt. — Es liegt hierin der Grund, dass der Prolaps im Puerperio häufiger Frauen der untern Stände befällt, weil diese nicht die Ruhe und Abwartung haben können, welche die naturgemässe Involution des Uterus verlangt.

Eine fernere Veranlassung, welche Prolapsus hervorrufen kann, ist die während der Geburt voreilig angelegte Zange, wenn der Kopf noch hoch oben im Becken steht, der Muttermund noch nicht gehörig erweitert und verstrichen ist. — Hierdurch wird dann der Uterus tief herabgezogen, und vielleicht wird dieses noch durch in den Muttermund dringende Einrisse begünstigt. — Ob das Entstehen von Prolapsus uteri durch zu weites Becken begünstigt werde, wie dies von einigen Autoren, z. B. Naegele, angegeben wird, (cf. Fälle von Wimmer Nr. 39, Hoffmann Nr. 22, und den von mir beobachteten Nr. 58, bei welchen das Becken theils in allen, theils in einigen Durchmessern vergrössert war), scheint sehr fraglich. Jedenfalls kommt derselbe nicht so auf mechanischem Wege zu Stande, dass der Kopf durch seine Schwere im zu weiten Becken herabsinkt und den unteren Theil des Uterus mit sich zieht. Dagegen spricht der Umstand, dass der Prolaps meist schon vor der Schwangerschaft bestanden hat, und der, dass bei einer Anzahl von Fällen kleine Kindestheile vorliegend gefunden wurden. (V. Hüter). Nach demselben soll eine zu weite Schamspalte bei Schwangern ebenfalls einen Prolaps herbeiführen können, besonders, wenn dieselbe durch einen ungünstig vernarbten Perinaeal-Riss entstanden ist. — Endlich soll auch durch unvorsichtiges Ziehen an der Nabelschnur bei gelöster oder eingeschnürter Placenta der Uterus leicht tiefer herabgezogen werden können, ebenso auch bei fehlerhaftem Sitz der Placenta, (Placenta praevia lateralis). Es ist hier bei der Aetiologie des Pro-

lapsus uteri gravidi ausschliesslich auf die Momente Rücksicht genommen, welche den Prolaps während der Schwangerschaft, resp. Geburt, Puerperium begünstigen, dagegen nicht auf diejenigen, welche auch bei nicht Schwangern vorkommen, wie hohes Alter, abnorm geschlechtliche Reizung, zu stürmischer Coitus, chronische Leukorrhoe, Missbrauch warmer Bäder, zu starkes Schnüren, ungewöhnliche Gestaltung des Beckenkanales, z. B. ein auffallend wenig ausgehöhltes Kreuzbein bei rhachitisch Gewesenen (E. Martin), Geschwülste im Becken, Ovarientumoren, Cysten, Ascites, Kothanhäufung (?). —

Zu erwähnen ist noch, dass in allen diesen Fällen, bei welchen der Uterus tiefer als normal steht, ohne verlängert zu sein, wobei gewöhnlich das hintere Scheidengewölbe erschlafft oder herabgesunken ist, sich gern mit dem Prolaps Retroflexio oder Retroversio uteri verbindet. —

Es sei hier, wo ich mit der Aetiologie abschliesse, noch erwähnt, dass ebenso wie in der Schwangerschaft ein ätiologisches Moment des Prolapsus uteri liegt, so auf der andern Seite in der Schwangerschaft ein Moment gegeben ist, etwaige Vorfälle, welche vor jener, oder in den ersten Wochen derselben bestanden haben, zum Verschwinden zu bringen. Es ist sogar von manchen Aerzten Personen, die an Prolaps litten, der Rath gegeben, sich schwängern zu lassen, so von de la Motte: „On lui conseillera la grossesse, qui ne la saurait mettre en pis état; elle peut au contraire lui être salutaire et la guérir.“ — Dass dadurch wenigstens temporäre Heilungen erzielt sind, beweisen zahlreiche Fälle aus der Literatur, von denen ich nur anführe: E. Martin, (Monatsschrift für Geburtskunde etc. Bd. XX. p. 214) und Gusserow, (ebendaselbst Bd. XXI. 1863. pag. 107). Die Diagnose, die wegen der vielen Organe, die vor der Rima vulvae liegen können, oft schwierig ist, steht wohl erst dann fest, wenn die Muttermundsöffnung an der auf der Schamspalte ragenden Geschwulst unzweifelhaft nachgewiesen ist. Alle andern angegebenen diagnostischen Merkmale, als die Möglichkeit, die Geschwulst zu reponiren, welche bei nachlassendem Druck in aufrechter Stellung mehr oder weniger vorfällt, — als das Aufhören des lästigen Gefühls von Ziehen und Schwere nach geschehener Reposition, sind von zweifelhaftem Werth, da sie bei Prolapsus vaginae ebenso gut vorkommen können. Dagegen wird das stärkere Heraustreten der be-

treffenden Geschwulst nach heftigem Wirken der Bauchpresse immer mehr für den Prolapsus uteri sprechen. —

Die differentielle Diagnose wird besonders folgende Punkte zu beobachten haben, welche gelegentlich mit Prolapsus uteri verwechselt sind. Es sind besonders der Prol. vaginae, Rectocele, Cystocele, Inversio uteri, Polypen, Herniae vaginales, welche eine Verwechslung zulassen können; es soll nach Goelicke die Verwechslung mit einer Molenschwangerschaft und selbst mit Hermaphroditismus vorgekommen sein. Eine genaue Anamnese und Exploration wird wohl immer vor diagnostischen Irrthümern schützen können.

Der Verlauf der Schwangerschaft bei einem Vorfall der Gebärmutter muss insofern als ein ungünstiger bezeichnet werden, als in einer nicht unbedeutenden Reihe von Fällen Abortus und vorzeitige Geburt erfolgt sind. So sind unter den 91 Fällen, die später erwähnt werden, 16mal vorzeitige resp. Fehlgeburten beobachtet worden, und zwar; im 2. Monat einmal, im 3. Monat fünfmal, im 4. zweimal, im 6. einmal, im siebenten dreimal. Bei den übrigen konnte ich keine genauen Angaben finden. In den übrigen Fällen verlief sie allerdings bis zum rechtzeitigen Ende, hatte aber insofern ungünstige Resultate, als in einer beträchtlichen Anzahl von Fällen die Kinder todt zur Welt kamen, so fand ich in den beschriebenen 91 Beobachtungen 12mal den Tod des ausgetragenen Kindes notirt. In 2 Fällen wurde durch eine nicht zu hebende Incarceration des prolabirten Uterus der Tod der Schwangern herbeigeführt; ausserdem starb die Mutter während oder gleich nach der Geburt in 8 Fällen. — Selten nur wird die Geburt, wenn ein Prolapsus uteri gravidi besteht, auf natürlichem Wege vollendet, die meisten müssen künstlich beendet werden. Die Kunsthülfe wird nöthig, weil die Dauer der Geburt eine sehr lange zu sein pflegt, in manchen Fällen über drei Tage lang. Die Geburtsverzögerung scheint in dem Umstand begründet, dass die Muttermundsöffnung trotz regelmässiger Wehenthätigkeit nur ganz allmälig weiter wird. Ob dies seinen Grund hat in dem Fehlen des Fruchtwassers zwischen Kopf und Eihäuten, und dem Unvermögen der Muskelfasern des Uterus, auf die Erweiterung die volle Kraft auszuüben, wie Hohl meint (Lehrbuch der Geburtshülfe. Leipzig 1855. pag. 657), oder in den pathologischen Gewebsveränderungen, welche der hypertrophirte Theil erlitten hat, besonders in der Induration der Vaginal-

portion, indem die Wehenkräfte nicht hinreichen, den Widerstand von Seite des indurirten Gewebes zu überwältigen (cfr. Scanzoni, Lehrbuch der Gehurtsh. Wien 1855. p. 445), oder endlich in dem theilweise aufhörenden Einfluss der Bauchpresse, wenn der prolabirte Uterus seinen regelmässigen Stützpunkt an den Bauchmuskeln verloren hat, — hängt nicht sowohl von dem Grade des Vorfalls ab, als besonders von dem Umstande, ob der Fundus seine Lage verändert hat, also ein wirklicher Descensus stattgefunden, oder ob nur ein Vorfall ohne Senkung des Grundes vorliegt. Im letzteren Fall wird auch noch dazu durch die Bindegewebshypertrophie auch die vom Muttermunde aus der Länge nach verlaufenden Muskelfasern eine paralysirende Wirkung ausgeübt.

Es liegen Beobachtungen vor, dass das prolabirte Stück des Uterus durch den Druck, welcher auf dasselbe während der Geburt von Seiten des Beckens und des Kindes anhaltend ausgeübt wird, gangränesciren kann. Noch ungünstigere Erscheinungen beobachteten Fasola, Dufour, Houghton. Hier kam in dem prolabirten unteren Uterussegment eine Ruptur zu Stande, welche durch die anhaltende starke Wehenthätigkeit veranlasst worden war. Zur Verhütung aller dieser Eventualitäten, die das Leben der Mutter und des Kindes in so hohem Grade gefährden, ist es dringend gerathen, bei Geburten, welche eines Prolapsus wegen sehr lange dauern, oder bei denen die Erweiterung des Muttermundes zu lange auf sich warten lässt, also überhaupt von Seiten der Mutter und des Kindes, dessen Befinden durch die Auscultation des Herzschlages streng zu überwachen ist, dringende Indicationen, die Geburt zu vollenden, vorliegen, möglichst bald die blutige Erweiterung des Muttermundes vorzunehmen, die man entweder mit einem Knopfbistouri, dessen Schneide bis etwa $\frac{1}{2}''$ unter dem Knopf mit Heftpflasterstreifen umwickelt werde, oder, (was Kaufmann aus Besorgniss, die Kopfschwarte des Kindes mit zu verletzen, vorzieht) mit einer langen, stumpfen, auf den Blättern gekrümmten Scheere, deren Schneiden am obern Ende sehr scharf sein müssen, verrichtet. — Die Nachtheile stehen in gar keinem Verhältniss zu der Nützlichkeit des Verfahrens; die Blutung ist eine sehr geringe, ebenso der Schmerz; die Schnitte reissen nicht weiter, heilen im Wochenbette bald und bedingen durch Narbencontraction keinerlei üble Folgen bei spätern Geburten. Die Erfolge der Operation sind glänzende und haben

sich in den meisten Fällen sehr bewährt[1]). Die Schnitte müssen entweder nur sehr klein, einige Linien tief, oder zuweilen etwas tiefer gemacht werden. Wenn sie schon bei einfacher Rigidität der Lippen indicirt sind, um wie viel mehr sind sie es in den Fällen von bedeutendem Prolaps, wo das untere Uterin-Segment mit den Kopf, den es wie eine Haube überzieht, aus dem Becken hervorgetreten ist, und bei nur wenig geöffnetem und gespanntem Muttermunde der Gefahr des Brandigwerdens ausgesetzt ist! — Hierauf kann man die Austreibung der Frucht der Wehenthätigkeit überlassen. Kommt jedoch die Austreibung des Kindes auch jetzt noch nicht zu Stande, so ist bei vorliegendem Kopf die Zange dringend indicirt, wobei es zweckmässig ist, den prolabirten Uterus durch Gehülfen während der einzelnen Tractionen zurückhalten zu lassen. Stellt sich dagegen das Kind mit andern Theilen zur Geburt, so muss nach der resp. Wendung bei längerer Zögerung die Extraction vorgenommen werden. Das Anlegen der Zange ohne vorherige Incisionen bei rigidem Cervix scheint deshalb gefährlich zu sein, weil selbst bei geschicktem Operiren kleine Einrisse in den Muttermund wohl kaum zu vermeiden sein dürften. Die statistische Beobachtung der Literatur ergiebt auf die resp. 91 Fälle 16mal die Anlegung der Zange, wobei viermal Einrisse in den Cervix entstanden. In 11 Fällen wurde dadurch die Geburt für Mutter und Kind glücklich vollendet, in 4 Fällen starben die Kinder, in einem die Mutter. — Von Kilian ist der Rath gegeben, statt die Zange anzuwenden, die Wendung auf die Füsse vorzunehmen, und an denselben das Kind auszuziehen; doch hat derselbe keinen Anklang gefunden, weil man nach gemachter Wendung im Voraus noch nicht bestimmen kann, ob nicht an den nachfolgenden Kopf doch noch die Zange angelegt werden muss. Ebenso wenig verdient die Anwendung der Perforation Nachahmung;

[1]) Unter den später beschriebenen Fällen finden sich bei 20 diese Operation ausgeführt. Von diesen sehen wir 19 für die Mutter günstig verlaufen; in dem einen letal endenden Fall scheint allg. Marasmus, verbunden mit hydropischen Erscheinungen mehr den Tod zur Folge gehabt zu haben, als der geringe Eingriff während der Geburt. — Von den Kindern wurden allerdings 9 todt zur Welt gebracht, was jedoch nicht gegen die Operation sprechen kann, wenn man bedenkt, unter welch' ungünstigen Verhältnissen die Reifung der Frucht im Mutterleibe vor sich gegangen ist und unter welch' erschwerenden Bedingungen die Ausstossung derselben erfolgte.

in der Literatur fand ich jedoch 3 Fälle von angewendeter Perforation, welche sämmtlich glücklich für die Mutter verliefen. Die Frage, ob bei Incisionen in den Gebärmutterhals Nähte anzulegen seien, oder nicht, ist unentschieden. V. Hüter, der es einigemal gethan hat, ist trotzdem dagegen, weil er bei den Veränderungen, welche während des Wochenbettes das Uterusparenchym erleidet, keine Hoffnung hat, die betreffenden Wunden per primam heilen zu sehen. Dagegen empfiehlt Breslau das primäre Anlegen von Dräthen und das nachfolgende Incidiren und Vereinigen der gemachten Incisionen.

Es sind vielfache andere Methoden angegeben, um die Geburt unter den beschriebenen Hindernissen künstlich zu vollenden, welche sich jedoch in die Behandlung des Vorfalls während der Geburt keinen Eingang verschafft haben, weil durch alle diese Manipulationen die unter der Geburt zu Stande kommende Quetschung des prolabirten Uterus nur vermehrt und der Entstehung von Gangrän Vorschub geleistet werden kann. So der von englischen Geburtshelfern geübte Gegendruck (counter-pressure), sowie die Dilatation des Muttermundes mit den Fingern. Mildere Mittel, wie warme Umschläge auf den prolabirten Theil zum Erweitern des Muttermundes und das Einreiben von eröffnenden Salben, wie Chaussier's Pomade dilatoire, haben wenig oder gar keinen Erfolg. Die Entfernung der Nachgeburt muss bei Prolaps natürlich sehr vorsichtig geschehen, und jeder Zug an der Nabelschnur vor völliger Lösung der Placenta ängstlich vermieden werden, weil sehr leicht der Prolaps vermehrt, oder gar Inversio uteri herbeigeführt wird. Sollte die Nachgeburt sich nicht entfernen lassen, so muss sie natürlich künstlich gelöst werden, wobei dann eine ziemliche Vorsicht nöthig ist. — Nach beendeter Geburt muss die Reposition des prolabirten Uterus vorgenommen werden; doch gehört die Behandlung desselben nicht mehr in das Bereich meiner Arbeit; dagegen wohl die Therapie des Vorfalls während der Schwangerschaft. — Dieselbe kann nur eine palliative, auf das Abhalten aller Schädlichkeiten gerichtete sein. Der Arzt hat dafür zu sorgen, dass die Schwangerschaft ihr normales Ende erreicht, und das Uebel nicht vergrössert wird. Hiezu genügt in den ersten Monaten eine horizontale Lage, nachdem der tiefer stehende Uterus sanft in die Höhe geschoben ist. Um diesen zu fixiren, ist ein in Oel getauchter Schwamm,

der öfters gewechselt werden muss, sehr brauchbar, doch auch gefährlich wegen der dadurch geförderten Zersetzung der Scheiden- und Gebärmutter-Secrete und der dadurch leicht zu früh angeregten Wehenthätigkeit. Vielfach ist die Frage besprochen worden, ob bei Prolapsus grav. uteri Pessarien anzulegen seien, oder nicht; jedenfalls sind sie bei Behandlung derartiger Vorfälle nicht zu entbehren, obgleich es vorkommen kann, dass sie bei partiellem Druck und scharfen Rändern gefährlich werden können und dadurch ebenfalls eine Frühgeburt eingeleitet werden kann.

Wenn Otto v. Franqué (der Vorfall der Gebärmutter in anatomischer und klinischer Beziehung. Würzburg 1860) sagt: „ein Pessarium darf nicht eingelegt werden, weil durch dasselbe ein solcher Reiz auf das untere Uterinsegment ausgeübt werden kann, dass Abortus oder Frühgeburt eintritt", so ist dieses ebensowenig in dieser Allgemeinheit gültig, als der Ausspruch V. Hueters: er habe bei dem fleissigsten Nachsuchen keine einzige Beobachtung gefunden, in welcher durch das Einlegen eines Pessariums Abortus oder Frühgeburt hervorgerufen sei. Sind Pessarien vor Eintritt der Schwangerschaft eingelegt gewesen, so kann man sie in den meisten Fällen nachher ohne Nachtheil liegen lassen. — In einem von Smellie mitgetheilten Fall ist das Eintreten der Geburt im 7. Monat durch wiederkehrende Uterinblutungen, welche schon vor Einlegung des Pessarium bestanden hatten, veranlasst worden. In vielen Fällen dagegen ist, wie die nachfolgende Zusammenstellung der Literatur ergiebt, die Schwangerschaft bei einliegendem Pessarium bis zum rechtzeitigen Ende ungestört verlaufen. Es ist demnach das Einlegen von Pessarien obwohl misslich, so doch jedesmal zu empfehlen, da man es, falls es nicht vertragen werden sollte, und Druckphänomene eintreten, sofort herausnehmen könnte. — Sehr wichtig ist die Frage, welche Retentionsapparate man wählen soll. — Ueber diesen Punkt handelt E. Martin ausführlicher in der Monatsschrift für Geburtskunde und Frauenkrankheiten. Berlin 1862. Bd. XX.

Sollte die Reposition der schwangern Gebärmutter nicht gelingen, so bietet das Tragen einer den Suspensorien ähnlichen Binde den Sehwangern grosse Erleichterung. Andere empfehlen in diesem Fall nur eine Compresse mittels einer TBinde gegen den Damm anzudrücken. Auf diese Weise wird man meist den Vorfall bis zu der Zeit (gewöhnlich 3

Monate) zurückhalten können, in welcher der Uterus von selbst in die Höhe steigt. Aber auch selbst in spätern Monaten hat man noch von der Reposition gute Erfolge zu erwarten. Besondere Berücksichtigung hat man bei der Behandlung des schwangern Gebärmutter-Vorfalls auf Ausleerung der Blase und des Rectum zu nehmen, und muss man mit Katheter und Clysma nicht zu sparsam umgehen, um so mehr, da Fälle vorgekommen sind, wo durch die zu prall gefüllte Blase Incarcerationserscheinungen aufgetreten sind, die sofort nach Application des Katheters verschwanden (cf. den Fall von Gusserow. Monatsschrift für Geburtskunde etc. Bd. XXI. Berlin 1863; er ist unter Nr. 15 erzählt). Würde die Compression der Blase und des Mastdarms so stark sein, dass dadurch das Leben der Mutter gefährdet würde, oder würde diese Gefahr durch Incarceration des unvollständig prolabirten Uterus bedingt, so ist nach Scanzoni's Angabe die Hervorrufung des Abortus vollkommen indicirt. Ein derartiger Vorfall ohne Complication kann jedoch nie eine Indication für die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft abgeben.

Bevor ich zu dem zweiten Theil meiner Arbeit übergehe, erfülle ich die angenehme Pflicht, dem Herrn Geheimrath Martin für die mir bei derselben gewährte Unterstützung meinen verbindlichsten Dank auszusprechen! —

Es sei mir gestattet, im folgenden Theil meiner Dissertation eine Uebersicht derjenigen Fälle von Prolapsus uteri gravidi zu geben, welche in der Literatur, soweit mir dieselbe zugängig war, beschrieben sind und diesen den von mir beobachteten Fall anzureihen. — V. Hueter hat im 16. Bd. der Monatsschrift für Geburtskunde etc. die Literatur bis zum Jahre 1860 zusammengestellt. Ich habe mich dieser Arbeit bedient, und wenn ich die dort citirten Fälle in meine Arbeit aufnehme, so geschieht es nur, um die Literatur über einen so wichtigen Gegenstand möglichst vollkommen zusammen zu geben. Aus ihnen resultirten auch die in vorigem gegebenen statistischen Angaben.

Um eine Uebersicht der gemachten Beobachtungen zu ermöglichen, habe ich dieselben in ein System einzutheilen versucht, welches ich bei genauer Betrachtung und Vergleichung der einzelnen Fälle mit einander — als in ihnen selbst gelegen — gefunden habe.

A. Der Prolapsus uteri bestand vor Eintritt der Schwangerschaft.
   1. Er bildet sich spontan zurück und zwar in den ersten Monaten der Schwangerschaft
      a. um nicht wieder zu erscheinen,
      b. um in den spätern Monaten der Schwangerschaft, resp. in partu wieder zu erscheinen,
      c. um im Wochenbett wieder zu erscheinen.
   2. Er bildet sich nicht spontan zurück.
      a. Reposition (und Retention) während der Gravidität möglich.
      b. Unmöglich wegen Incarceration.

B. Der Prolapsus uteri bestand vor Eintritt der Schwangerschaft nicht.
   Er entsteht:
      1. in der ersten Hälfte der Schwangerschaft,
      2. in der letzten Hälfte der Schwangerschaft,
      3. während des Geburtsaktes.

A. Der Prolapsus uteri bestand vor Eintritt der Schwangerschaft.

1. Er bildet sich spontan zurück in den ersten Monaten der Schwangerschaft.

a. Um nicht wieder zu erscheinen.

1. Frau X., eine schwächliche, 40 Jahre alte Frau, hatte seit ihrer ersten, vor 9 Jahren überstandenen Niederkunft einen Prolapsus uteri behalten. Bei jeder Schwangerschaft trat gegen den dritten Monat hin der Vorfall plötzlich zurück und kehrte im weiteren Verlaufe derselben nicht wieder. (Bluff, El. v. Siebold's Journal, X. Band, 2. Stück, pag. 298).

2. Frau X. erhielt in der zweiten Schwangerschaft einen Prolaps, welcher in jeder der folgenden 7 Schwangerschaften spontan zurückging, so dass gesunde Kinder auf vollständig normalem Wege geboren wurden (Jördens, Loder's Journal für Chirurgie, Geburtsh. etc. II. Band. Jena 1800, pag. 134).

3. Frau X. litt an einem Vorfall, so dass die Portio vag. zwei Zoll lang aus der Schamspalte hervorragte. Im sechsten Jahre des Bestehens des Uebels wurde die Frau schwan-

ger und hatte eine ganz natürliche Entbindung. Der Vorfall war ebenfalls spontan zurückgegangen (Kingdon, Neueste Journalistik des Auslandes in Auszügen von Behrend und Moldenhawer. Band II., pag. 250).

4. Bei einer Frau, welche seit 18 Jahren an Prol. litt, traten 5 — 6 Schwangerschaften mit normaler Geburt ein. Der Uterus hatte sich in jeder Schwangerschaft von selbst zurückgezogen (Ashwell, an derselben Stelle wie das vorige Citat).

b. Um in der späteren Schwangerschaft resp. während der Geburt wieder zu erscheinen.

5. Frau X., Ipara, hat vor der Schwangerschaft einen Vorfall gehabt, welchen sie während derselben nicht mehr bemerkt hatte. Während der Geburtsanstrengungen entstand er wieder und ragte in Gestalt eines grossen Tumors aus den Geschlschtstheilen heraus. Nach Incisionen in den Muttermund verlief die Geburt normal. Der Uterus wurde später leicht reponirt (Portal, La pratique. Observation X., conf. Mémoires de l'académie royale de Chirurgie, Tome VIII. Paris 1757, pag. 393).

6. Eine Multipara hatte nach der letzten Geburt einen Vorfall der Gebärmutter bekommen, welcher ohne Behandlung geblieben war. Trotzdem fand Conception statt. Zwei Tage vor Beginn der Wehen floss das Fruchtwasser ab. Am 15., 9 Uhr Morgens, stand der Kopf tief im Becken, der Muttermund war $^1/_2$'' gross, ohne dass sich Neigung zu einem Prolapsus zeigte. Um 3 Uhr Nachmittags war der ganze untere Uterinabschnitt in einer Länge von 6'' und einer Dicke von 2'' vorgefallen. Der Kopf stand zwischen den Schamlefzen, fast ausserhalb des Beckens, dabei waren sehr kräftige Wehen vorhanden. Es wurde die Zange angelegt und der Kopf bis zum Muttermund geführt. Da die vordere Lippe einzureissen begann, wurde die Zange abgenommen und der Kopf mit den Fingern entwickelt. Das Kind wurde lebend geboren. Nach Entfernung der Placenta wurde der Uterus reponirt. Vier Wochen nachher war der Prolaps des Uterus nicht wieder entstanden (Hentschel, E. v. Siebold's Journal, VIII. Bd., 3. Stück. Frankfurt a. M. 1828, pag. 717).

7. Eine Frau, welche vor 8 Jahren mittelst Zange entbun-

den war, hatte einen Prol. uteri incompl. zurückbehalten, welcher am Ende ihrer jetzigen zweiten Schwangerschaft in Folge einer schweren Anstrengung wieder herausgetreten war, nachdem sie ihn am Anfang derselben nicht mehr bemerkt hatte. Der Mutterhals ragte als ein 4″ langer, geschwollener Zapfen aus den Geschlechtstheilen heraus. Derselbe ging zurück, nachdem Umschläge von Ol. hyosc. coct. aufgelegt wurden. 5 Tage später erfolgte die Geburt von Zwillingen, von denen das zweite Kind leben blieb. Das Wochenbett verlief für die Mutter normal (Bauer, E. v. Siebold's Journal, XVII. Bd., 2. Stück. Leipzig 1838. pag. 338).

8. Eine IIpara litt seit der letzten Geburt an Prolapsus uteri, welcher sich bei der dritten Schwangerschaft vergrösserte. Im weiteren Verlaufe derselben zog sich der Uterus allmälig in die Höhe. Mit dem Eintritt der Wehen trat eine fleischige Masse aus den Geschlechtstheilen hervor. Der Muttermund und ein bedeutendes Stück Vagina befand sich ausserhalb der Schamspalte. Dieselbe wurde künstlich reponirt, worauf das Kind schnell geboren wurde. Der Uterus fiel nicht wieder vor. Später wurde die Frau unter denselben Umständen noch 2mal entbunden (Gristock, The Dublin Quarterly Journal of medical science. Vol. XV. February and May 1853. pag. 313).

9. Eine IIIpara hatte nach der letzten Niederkunft einen Prol. ut. bekommen. Bei der vierten Schwangerschaft blieb der Uterus im Becken, doch drängte die Scheide aus der Rima vulvae heraus. Während der Wehen trat der Uterus tiefer in die Scheide hinab, doch nicht aus den Geschlechtstheilen heraus. Es wurde bei dem Kinde die Wendung auf den linken Fuss gemacht und das todte Kind extrahirt. Bald nach der Entbindung stürzte der Uterus vollständig aus den Genitalien hervor, wobei man sah, dass der Muttermund nicht erheblich verletzt war. Später wurde reponirt und ein Pessarium angewendet (Kauffmann, Monatsschrift für Geburtskunde. Bd. XI. 6. Heft. Berlin 1858. pag. 430).

10. Die Frau eines Maurers, 31 Jahr alt, IIpara, hatte seit der ersten Geburt einen Gebärmuttervorfall. Derselbe verschwand in der Mitte der diesmaligen Schwangerschaft, so dass diese ohne weitere Störung verlief. Am 27. 11. 1840 traten zugleich mit Abfluss des Fruchtwassers Wehen ein. Die Hebeamme fand den Kopf tief im Becken stehen, den

Muttermund nicht eröffnet und aus der Schamspalte hervorgetreten. Am nächsten Morgen fieberte die Kranke heftig; ein fast anhaltender Drang auf Rectum und Blase war vorhanden, aber keine Entleerung von Urin eingetreten. Die gefüllte Harnblase reichte bis fast unter den Nabel. Zwischen den Schenkeln lag eine etwa zwei Mannsfäuste grosse, braunrothe Geschwulst, welche der untere Theil des Uterus war, der den Kopf des Kindes umfasste. Da die Behandlung, welche auf Erweiterung des Muttermundes gerichtet war, ganz ohne Erfolg war, da eine Entleerung der Harnblase durch den Katheter, welche versucht wurde, misslang, so machte Trefurt kleine Einschnitte in den Muttermund (vier kreuzweise), welche er noch erweiterte, als die geschilderten Symptome an Stärke zunahmen. Hierdurch wurde der Muttermund fast momentan weich und öffnete sich bald zum grössten Theile. Da ein Versuch, ihn über den Kopf herüber zu schieben, misslang, so wurde die Zange angelegt und mittelst derselben ein lebendes Kind extrahirt. Die Placenta wurde künstlich gelöst und der Uterus reponirt; später durch Pessarien retinirt (Trefurt, Abhandlungen und Erfahrungen aus dem Gebiete der Geburtshilfe etc. Erste Decade. Göttingen 1844. pag. 251 u. f.).

c) Um in oder nach dem Wochenbett wieder zu erscheinen.

Die einzige hierher gehörige Beobachtung ist folgende:

11. Eine Frau, die an Prol. uteri litt, concipirte und bemerkte, dass derselbe in der ersten Hälfte der Schwangerschaft vollständig verschwand. Derselbe zeigte sich auch im Verlaufe derselben nicht wieder, eben so wenig bei der Geburt, die normal verlief. Nach vollendetem Wochenbett dagegen bemerkte sie ihn wieder und wendete dagegen ein Pessarium an (Richter, Synopsis praxis medico-obstetriciae. Mosquae 1810, pag. 77).

2. Der Prolapsus uteri bildet sich nicht spontan zurück.

Er besteht während Schwangerschaft und Geburt. In diesem Falle sehen wir in einer grossen Anzahl Fälle Abortus entstehen.

12. Eine Frau, die schon früher an Vorfall der Gebär-

mutter gelitten hatte, bemerkte, dass derselbe sich während der Schwangerschaft vergrösserte und beim Beginn der Geburt der Uterus mit seinem Inhalt in der Grösse eines Mannskopfes aus dem Becken heraustrat. Es wurden Incisionen gemacht und ein todtes Kind entfernt. Später wurde ein Pessarium angewendet (Merclini, Miscellanea curiosa sive Ephemeridum medico-physicarum etc. Dec. II. Annus III. Norimbergae 1685. pag. 375).

13. Eine 34jährige Frau litt seit ihrer zweiten Entbindung an einem Gebärmuttervorfall. In ihrer vierten Schwangerschaft konnte der Uterus nie ganz im Leibe erhalten werden und wurde daher durch Binden unterstützt, ein Theil desselben ausser dem Leibe getragen. Von den localen Beschwerden abgesehen, war die Frau gesund. Husty wurde zu ihr gerufen, nachdem schon seit 3 Tagen heftige und anhaltende Wehen sich eingestellt hatten, und das Fruchtwasser seit zwei Tagen abgeflossen war. Er fand die Gebärende fast erschöpft, die Schamlippen auswärts gekehrt und stark ausgedehnt, der Uterus aus der enorm ausgedehnten Scheide zwischen die Oberschenkel hinunterragend, den guldengrossen, wulstigen, stark gespannten Muttermund in der Gegend der Kniee, den Kopf des abgestorbenen Kindes vorliegend. Die Gebärmutter war stark um die Frucht zusammen gezogen, die Wehen häufig, heftig und anhaltend. Die Reposition gelang leicht. Dann wurde perforirt. Der so verkleinerte Kopf und Rumpf wurden entwickelt. Die Frucht wog 9 Pfd. Die Mutter erholte sich bald und gebar später ohne ärztlichen Beistand, nachdem sie durch eine Bandage die schwangere Gebärmutter im Leibe erhalten hatte (Husty, Wien, allg. med. Zeitschrift, 1862, No. 5).

14. Die 36jährige Frau X. hatte vor 5 Jahren geboren und einen Dammriss und Vorfall davongetragen; ihr Becken war weit und niedrig. Während der diesmaligen Schwangerschaft soll der Vorfall nur mässig gewesen sein; bei der rechtzeitigen Geburt drängte eine dunkelrothe pralle Geschwulst nach aussen, von der Grösse eines Kindskopfes, nach vorn und unten lag der Muttermund, etwa zwei Thaler gross und in ihm der Kopf der Frucht. Der Fundus uteri war noch eine halbe Hand breit über den Schambeinen zu fühlen; das Fruchtwasser abgeflossen. Der Uterus wurde von beiden Seiten zurückgehalten und kräftige Wehen entwickelten bald das Kind. Darauf wurde Uterus und Scheide

mit Leichtigkeit zurückgebracht und die Placenta künstlich gelöst (Needon, Zeitschrift für Medicin, Chirurgie und Geburtshilfe, Bd. II., Heft 6).

15. Frau Sch., 34 Jahr alt, VI para, bekam nach der ersten Geburt einen mässigen Prolaps. uteri et vag. Bei jeder Schwangerschaft nahm er mehr zu, etwa vom 5. Monat an, so dass wiederholte Repositionen vorgenommen wurden. Bei den vorigen Schwangerschaften waren die Früchte gewöhnlich 7 — 8 Monate alt geworden; in der sechsten stand im Anfang des 7. Monats der Fundus einige Finger breit über dem Nabel. Aus den Genitalien ragte die Portio etwa 4'' weit als dicker, geschwollener, tief blaurother Wulst hervor. Die vordere Scheidenwand war mit der Blase ebenfalls vorgefallen. Wie in der Schwangerschaft bei den geringsten Bewegungen der Prolaps sich eingestellt hatte, so hatte ihn die Pat. immer selbst zurückgebracht, jetzt aber war derselbe förmlich incarcerirt. Nach der Blasenentleerung gelang es, ihn zu reponiren. In den nächsten Tagen trat er wieder heraus, ohne sich einzuklemmen. 11 Tage später trat die Portio tief in der Scheide, die Lippen dick, wulstig, geschwollen, der Muttermund etwas geöffnet. In der folgenden Nacht wurden 7monatliche Zwillinge todt in Steisslage geboren ohne ärztliche Hilfe. — Die Mutter überstand das Wochenbett glücklich (Gusserow, Monatsschrift für Geburtskunde und Frauenkrankheiten. Berlin. Bd. XXI. 1863).

16. Frau M., 26 Jahr alt, bekam nach der ersten, einer Zangengeburt, eine Ruptura perinaei bis an den Sphincter, wonach sich ein Prolaps. vag. post. et uteri einstellte, der durch Pessarien zurückgehalten wurde. Im nächsten Jahr wurde sie wieder schwanger und hielt denselben in den ersten Monaten mit dem Hysterophor zurück. In den spätern Monaten war dies nicht mehr möglich und ragt die Portio seitdem etwa 3'' hervor. Der Fundus uteri steht etwas über dem Nabel. Aus den Genitalien ragt eine über zwei Fäuste grosse, blassrothe Geschwulst etwa 4—5'' lang heraus, an deren unterstem Theile die beiden dicken, mit grossen Ulcerationen besetzten Lippen zu sehen sind. Die Reposition gelang in der rechten Seitenlage nur schwierig. Durch kräftige Wehen wurde das Kind dann lebend ausgestossen, ohne dass der Uterus während der Geburt heraustrat. Derselbe blieb später reponirt (Gusserow, Monatsschrift für Geburtskunde und Frauenkrankheiten. Berlin. Band XXI. 1863).

17. 18. Bei zwei Schwangern sollen während der ganzen Schwangerschaft die Gebärmutter vollständig ausserhalb des Beckens gelegen sein und die Gravidität durchaus ausserhalb des Unterleibes verlaufen sein. — Beide Früchte wurden, nachdem der Muttermund mit der Hand erweitert war, mit der Zange extrahirt und kamen lebend zur Welt (Mercogliano, Annali universali di medicina, Augustheft 1832, und Trefurt, Abhandlungen etc. Göttingen 1844).

19. Eine Frau, die an Vorfall litt und denselben mittels Pessarium zurückgehalten hatte, fiel am Ende der Schwangerschaft und bemerkte in Folge dessen, dass jener sehr bedeutend hervorgetreten sei. An denselben Abend traten Wehen ein und zwei Tage darauf fand sich die rechte Hand der Frucht ausserhalb der vorgef. Scheide. Es wurde die Wendung auf die Füsse gemacht und ein lebendes Kind extrahirt, wobei die Scheide einriss. (Pietsch, Journal de Médecine par Roux. Tome XXXIV. Paris 1770. p. 165.)

20. Ein Mädchen, welches vor einigen Jahren durch eine Anstrengung einen Prol. bekommen hatte, welcher die Grösse eines Gänseeis allmählig annahm, gebrauchte dagegen nichts. Als sie sich verheirathet hatte, wurde sie durch den zu Tage liegenden Muttermund schwanger. Letztere entwickelte sich theils aussen, theils innen und trug 9 Monate. Bei der Geburt wurde mit glücklichem Erfolg incidirt. (Chopart, Traité des maladies des voies urinaires. Tom. II. p. 73) cf. Osiander, Fr. B., Handbuch der Entbindungskunst. 2. Aufl. 3. Bd. Tübingen 1833. p. 129.)

21. Ein Bauernmädchen, dass seit dem 14. Jahre an einem nicht behandelten Prol. uteri litt, concipirte im 40. Jahre. Der Cervix und das Orificium uteri waren knorpelhart, so dass die Wehen zur Austreibung des Kindes nicht genügten. Es wurden Incisionen gemacht und die Frucht todt extrahirt. Die Mutter genas. (Capuron, Maladies des femmes. cf. The Dublin quarterly Journal of medical science. Vol. XV. February and May 1835. p. 315.)

22. Eine alte Ipara hatte in ihrer Jugend an Leukorrhoe und Prol. uteri gelitten, gegen den ein Pessarium erfolglos angewendet war. Im Juni 1813 befand sie sich in Drangwehen und vor den Geschlechtstheilen lag die Gebärmutter bis zw. die Schenkel herabreichend in Gestalt einer grossen, runden Kugel. Am tiefsten Ende der Geschwulst war der Muttermund u. z. so verschlossen, dass nur mit Mühe eine

Fingerspitze eingeführt werden konnte. Die Blase war noch nicht gesprungen; der Kopf und die Schultern lagen vor den Geschlechtstheilen. Eine Ruptura perinaei von $^3/_4$" Länge war erfolgt. Die Reposition gelang mit Mühe. Unter Anwendung von warmen Injectionen und Ipecac. öffnete sich der Muttermund und die Blase sprang. Die Frucht wurde dann normal, aber todt geboren. Die Beckenmessung wies ein allgemein zu grosses Becken nach. (Hoffmann, Magazin f. d. ges. Heilkunde v. Rust. 20 Bd. 2. Hft. Berlin 1825. p. 305.)

23. Eine 32jähr. Frau litt seit ihrer 2. Entbindung an Prol. uteri, welcher sich bei horizontaler Lage zurückzog. Bei ihrer diesmaligen Schwangerschaft ging der Vorfall in der ersten Hälfte derselben manchmal Nachts spontan zurück, um des Morgens wieder hervorzutreten. In der zweiten Hälfte dagegen vergrösserte sich derselbe bedeutend. Am 6. December 1859 stellten sich die ersten Wehen ein. Der Fundus uteri stand fingerbreit über dem verstrichenen Nabel; der Fötalpuls ungemein langsam, 9—11 Schläge in 5 Sek. Vor den Genitalien lag eine über kindskopfgrosse kugelige Geschwulst, an ihrem untern Ende die fast geschlossene Muttermundsöffnung. Die Ränder derselben schwielig hart. Der Kopf der Frucht befand sich, innig vom Cervix umschlossen, in der 1. Position ausserhalb des Beckens. Bei jeder Wehe schien der Kopf tiefer zu rücken und dadurch eine Verlängerung des prolabirten untern Uterinabschnittes, welcher sich immer mehr dunkelroth färbte, zu bewirken. Da der Fötalpuls immer schwächer wurde, die völlige Erweiterung des Orif. ext. ausblieb, überhaupt die Indic. vitalis für die Frucht vorlag, incidirte H., nachdem er die Zangenlöffel eingelegt hatte, den Muttermund zu beiden Seiten fast 1" tief. Nach Einwickelung des Kopfes wurde das Kind lebend extrahirt. Die Mutter genas vollständig. (V. Hüter Monatsschrift f. Geburtskunde etc. Berlin 1860. Bd. XVI. p. 214 f.)

24. Eine Frau hatte in der Schwangerschaft an Prol. uteri gelitten, welcher sich in partu wieder einstellte. Der prolabirte Uterus hatte die Grösse eines Mannskopfes. Es wurden in denselben vom Muttermund aus mehrere Incisionen gemacht, und ein todtes Kind extrahirt. Der Uterus wurde später reponirt und vermöge Pessarium in seiner Lage erhalten. (The Dublin Quarterly Journal of medical science Vol. XV. February and May 1853. p. 315.)

25. Eine Frau von 34 Jahren hatte seit ihrer ersten, vor 9 Jahren erfolgten Geburt, einen Prol. uteri zurückbehalten. Bei jeder darauf folgenden Entbindung hatte derselbe an Grösse zugenommen, so dass der sehr verdickte Mutterhals aus den Schamtheilen hervorragte. Diese Lage hatte derselbe beim Ende der diesmaligen Schwangerschaft. Am 22. März 1797 traten die ersten Wehen ein; bald ging das Fruchtwasser ab. und nun wurde der Kindskopf, von der Gebärmutter umgeben, durch den Beckenausgang hervorgedrängt, während der Muttermund noch ziemlich geschlossen war. Am nächsten Tage hing die Gebärmutter bis zu den Knieen herab. Repositionsversuche waren vergebens. Da Gangraena uteri befürchtet wurde, wollte man perforiren, als plötzlich bei einer kräftigen Wehe der Uterus rechts über dem Muttermunde $2^1/_2$" lang einriss und augenblicklich den kindlichen Körper ausstiess. (Dufour, Revue méd. 1835. December. cfr. Schmidt, Jahrbücher Bd. XI. S. 308.)

26. Bei einer Erstgeschwängerten, welche seit dem 15. Jahre an einem Prol. uteri incompl. litt, lag während der ganzen Schwangerschaft der Uterus völlig vor den Schamlippen. Derselbe liess sich reponiren, fiel aber immer wieder vor. Da die Geburt für die natürlichen Wehen unvollendbar schien, wurde incidirt und ein todtes Kind von selbst ausgetrieben. Die Mutter genas. (Jalouset, Journal de Médecine Tome 43. Paris 1775. p. 366.)

27. Bei einer Frau, die schon als Mädchen einen Scheidenvorfall gehabt hatte, vergrösserte sich derselbe mit jeder Geburt. Bei der dritten Niederkunft complicirte er sich mit einem Gebärmuttervorfall, und wurde während der Wehen noch grösser. 15 Stunden nach den ersten Wehen war derselbe mannskopfgross, sehr roth und schmerzhaft, in demselben steckte der Kindskopf, den man durch die Oeffnung des Vorfalls unmittelbar fühlen konnte. Es wurde die Zange angelegt und derselbe entwickelt. Das Kind, welches ausgetragen war, lebte. Die Mutter genas. (Loder, Loder's Journal für die Chirurgie etc. I. Bd. 3 Stück. Jena 1797. p. 489.)

28. Eine 26jähr. II para hatte von ihrer ersten Niederkunft her einen Prol. uteri zurückbehalten, welcher sie dieses Mal auch sehr incommodirte. Die Mutterlippen waren hart und dick, der bedeutend verlängerte Gebärmutterhals bildete einen Conus. Mit Zunahme der Wehen wurde der Uterus mit

dem Kopf zusammen immer tiefer herabgedrängt. Da der Muttermund seine Rigidität behielt, wurde Tartar. stib. und Opium gereicht. Einige Zeit später entstand spontan ein zolllanger Riss in der hintern Muttermundslippe, worauf das Kind lebend geboren wurde. Die Mutter genas, doch blieb der Prolaps bestehen. (Houghton, The Dublin Quarterly Journal of medical science Vol. XV. Febr. and May 1853. p. 308.)

29. Eine 40jährige Frau litt seit ihrer ersten Entbindung vor neun Jahren an Prol. ut. Bei der dritten Schwangerschaft hatte derselbe in der Mitte des siebenten Monats so an Grösse zugenommen, dass er als grosse Geschwulst bis zu den Knieen herabragte. Am Ende des neunten Monats stellten sich Wehen ein, die drei Tage lang unter dem Beistande einer Hebamme erfolglos waren. Es wurden tiefe Incisionen gemacht und dann das todte Kind extrahirt. Die Mutter genas. (Py der Aeltere, Nouvelles Annales cliniques de Montpellier. Bd. 3. pag. 136., cf. Magazin der ausländischen Literatur der gesammten Heilkunde u. s. w. von Gerson und Julius. X. Bd. Hamburg 1825.)

30. Eine 38jährige Frau hatte nach der dritten Geburt einen Prol. vag. et uteri behalten. Es wurde dagegen ein Pessarium angewendet, welches im dritten Monat einer neuen Schwangerschaft ausgestossen wurde, worauf sich der Prol. wieder einstellte und sich so vergrösserte, dass er zwei Monate vor der Entbindung die Grösse eines Kindskopfes hatte. Nach einem Falle drei Wochen vor der Geburt ging das Fruchtwasser ab; acht Tage später trat das bereits brandig gewordene rechte Füsschen am Ende des Vorfalls durch den Muttermund hervor. Die Frucht wurde darauf unter Zurückhaltung des Uterus extrahirt; als dieses nicht gelang, wurde die Zange angelegt; da auch dieses fruchtlos war, wurde zur Perforation geschritten. Die Mutter genas. (Wagner. E. v. Siebold's Journal. V. Bd. 3. St. Frankfurt a. M. 1826. S. 615.)

31. Eine 22jährige Frau, die als Mädchen schon an Prol. uteri incompl. gelitten, hatte vor zwei Jahren abortirt. Der Vorfall soll darauf ein completer geworden sein. Die Frau concipirte zum zweiten Male. Der Uterus lag während dieser Schwangerschaft kindskopfgross vor den Genitalien. Während der Wehen erweiterte sich der Muttermund bis zu $3\frac{1}{2}$". Der Kopf stand in der unteren Beckenapertur. Da die Wehen

immer seltener wurden, applicirte man die Zange, wobei im Muttermund Einrisse entstanden. Nach der Entwickelung des Kindes fand man bei dem Versuch, den vorgefallenen Uterus zu reponiren, den Kopf eines zweiten Kindes. Dieses wurde auch mit der Zange zur Welt gefördert. Beide Kinder waren todt. — Die Mutter genas. (Rathmann. Med. Zeitschr. von V. f. H. in Pr. 1841. Nr. 33. cf. Schmidt's Jahrb. Bd. 36. S. 27.)

32. Eine V para, die von früheren Geburten her einen Prol. ut. et vaginae hatte, bemerkte, dass der Vorfall während der diesmaligen Schwangerschaft bedeutend zunahm. Dieses geschah noch mehr während der Wehen, so dass eine mannskopfgrosse Geschwulst zwischen den Schenkeln lag. Da durch die natürlichen Kräfte die Ausstossung des Kindes nicht erfolgte, wurden Incisionen in den Muttermund gemacht, und das Kind dann mit der Zange entwickelt. Es war jedoch todt. Die Wöchnerin genas. (Manniske. Loder's Journal für die Chirurgie etc. I. Bd. 3. St. Jena 1797. S. 484.)

33. Eine 27jährige Frau, welche seit der ersten Geburt vor sechs Jahren einen Scheidenvorfall hatte und jetzt zum zweiten Male schwanger war, bekam am 29. Dez. 1792 Wehen. Am 31. Dezbr. fand der hinzugerufene Arzt die Frau stark fiebernd. Der vorgefallene Theil der Scheide hing in der Grösse einer geballten Mannsfaust entzündet und zum Theil schon brandig aus der Scheide. Der Muttermund stand sehr tief in der Scheide, war 1½" erweitert. Bei jeder Wehe stellte sich die Blase. Der Kopf stand in der oberen Beckenapertur. Es wurde die Wendung auf den linken Fuss gemacht, das Kind dann extrahirt. Es lebte, die Mutter starb jedoch am 3. Tage. (Loder's Journal für die Chirurgie etc. IV. Bd. 2. Stck. Jena 1802. p. 354.)

Es bilden die folgenden 7 Fälle keine für sich bestehende und abgeschlossene Gruppe, sondern reihen sich aufs innigste den sub 2. (Nr. 12—33.) mitgetheilten Beobachtungen an, indem bei ihnen ebenfalls vor Eintritt der Schwangerschaft ein Gebärmuttervorfall bestand und während der Gravidität und der Geburt bestehen blieb, unterscheiden sich jedoch von den vorigen dadurch, dass während bei jenen die Schwangerschaft ihr zeitgemässes und natürliches Ende erreichte, hier ein Abort oder wenigstens vorzeitige Geburt eintrat und so der normale Verlauf der Gravidität unterbrochen wurde. Es ist bei der Beschreibung jener Fälle oft mitgetheilt, dass im Ver-

lauf einer früheren Schwangerschaft Aborte vorgekommen seien; auf diese komme ich jedoch nicht wieder zurück, cf. z. B. 31. etc.

34. Eine Frau, welche ihre beiden ersten Kinder rechtzeitig geboren hatte, litt nach der letzten Geburt an Prol. uteri und abortirte in Folge dessen zwei Mal im 3. Schwangerschaftsmonate. (Smellie. A collection of praeternatural Cases and Observations in Midwifery. Vol. III. London 1764. p. 491.)

35. Eine Waschfrau litt an Prol. uteri. Derselbe lag in der Grösse einer Faust zwischen den Schenkeln und belästigte die Frau sehr. Schliesslich reichte die Geschwulst bis zu den Knieen herab. Am unteren Ende derselben war eine klaffende Stelle, aus welcher Eiter abfloss. Es wurden warme Umschläge gemacht und in der nächsten Nacht wurde ein spannenlanger todter Fötus ausgestossen. (Guilielmus Harvei. Exercit. de generat. animalium. Amstelodami 1651. p. 512.)

36. Eine 24jährige Dienstmagd litt an Prol. uteri. Sie befand sich im dritten Monat der Schwangerschaft und klagte über Beschwerden beim Uriniren und bei der Defaecation. Der beträchtlich geschwollene und verlängerte Scheidentheil ragte mit dem Muttermunde aus dem Scheideneingange 1" lang hervor. Der Mutterkörper im Winkel abbiegend ruhte auf dem Damm. Es erfolgte sehr bald Abortus und dann die Zurückbildung des Uterus. (Martin. Neigungen und Beugungen d. Gebärm. Berlin 1866. p. 228, 229, F. 31.)

37. Bei einer Pat., die seit zwei Jahren an Prol. ut. litt, wurden vergeblich Repositionsversuche angestellt. Ebenso wenig gelang die Anwendung eines Pessarium; es wurde deshalb der prolabirte Uterus mittelst eines Suspensorium unterstützt; nach einigen Wochen wurde ein $2^1/_2$ Monate alter Fötus ausgestossen. (Vieweg. Annalen d. Heilkunst. 1812. Altenburg. S. 156.)

38. Eine IIIpara, welche seit zehn Jahren an Gebärmuttervorfall litt, befand sich im siebenten Monat der Schwangerschaft. Während derselben hatte sich jener so vergrössert, dass er vollständig zwischen den Beinen lag. Er war ödematös, härtlich aufgetrieben, das Orificium uteri knorpelig. Nach der vergeblichen Anwendung des Opium und der Belladonna wurden vier Incisionen in den Mutterhals gemacht, worauf die bereits in Fäulniss übergegangene Frucht

an den Füssen extrahirt wurde. Der Uterus konnte nicht reponirt erhalten werden. (Plasse. Neue Zeitschrift f. Geburtsk. 24. Bd. 2. Hft. Berlin 1848. S. 253.)

39. Eine VIpara hatte von ihrer letzten Geburt her einen Prol. uteri, der nie ganz zurückging. Die Geschwulst war $10^1/_2$'' lang und $6^1/_2$'' breit; an der tiefsten Stelle derselben fand man den weit geöffneten Muttermund. In derselben war eine Frucht, die sechs Monate alt sein mochte, durchzufühlen. — Am Ende des sechsten Monats der Schwangerschaft gebar sie eine 10'' lange Frucht, welche todt war. Der Uterus zog sich zusammen, blieb aber vor den Geschlechtstheilen liegen. Fünf Tage später starb die Wöchnerin an Marasmus. — Die Section ergab ein in manchen Durchmessern vergrössertes Becken. (Wimmer. Medic. Jahrb. des österr. Staates. VI. Bd. 3. St. Wien 1821. S. 47.)

40. Eine Hirtenfrau litt seit der Geburt ihres dritten Kindes an Prol. uteri, wogegen ein Pessarium angewendet wurde. Im siebenten Monat ihrer Schwangerschaft stellte sich in Folge von schweren Arbeiten der Vorfall der Gebärmutter von Neuem ein. Seit dieser Zeit fühlte die Frau keine Fruchtbewegungen mehr. Acht Tage später stellten sich Wehen ein, welche jedoch die Ausstossung des Kindes nicht zur Folge hatten; es wurde darauf die todte Frucht mit der Zange entwickelt. Die Mutter genas. (Oswald. E. v. Siebold's Journal. V. Bd. 1. St. p. 152.)

a. Der Prolapsus uteri, welcher vor Eintritt der Schwangerschaft schon bestanden hatte, wurde während derselben mittelst Pessarium zurückgehalten.

41. Braun entfernte im achten Schwangerschaftsmonat bei einer Tagelöhnerin einen als Pessarium fungirenden schweren 2 Zoll weiten eisernen Ring aus der Vagina, ohne dass er bis dahin die geringsten Störungen veranlasst hatte. (Braun, Lehrbuch der Geburtsh. etc. Wien 1857. p. 316).

42. Bei einer Multipara wurde der durch eine Körperanstrengung entstandene und seit längerer Zeit bestehende Prol. uteri während der diesmaligen Schwangerschaft im 3. Monat reponirt, worauf er nicht wiederkehrte, so dass die Geburt regelmässig verlief. (Schwartz, cf. Referat von V. Hueter, Monatsschrift f. Geburtskunde etc. Berlin 1860. Bd. XVI. p. 191).

43. V. Hueter fand in der Vag. einer Mehrgeschwängerten ein Pessarium, wodurch die seit einigen Jahren vorgefallene Gebärmutter zurückgehalten worden war. — Da beim Herausnehmen desselben die vordere Vaginalwand wieder prolabirte, legte er dasselbe wieder hinein und liess es bis zur Geburt liegen. (Schwartz, cf. Referat von V. Hueter, Monatsschrift f. Geburtskunde etc. Berlin 1860. Bd. XVI. p. 191).

44. Eine Ipara, die seit mehreren Jahren an Prol. ut. litt, hatte denselben mittels Pessarium zurückgehalten. Am 24. März 1837 begannen die Wehen. Der untere Uterinabschnitt war herabgesenkt, der Kopf stand über der Symphyse. Das Orif. ext. war verschlossen, der Mutterhals noch lang. Am Nachmittag war der Muttermund linsengross eröffnet. Am andern Tage hörte die Wehenthätigkeit ganz auf und stellte sich erst Abends wieder ein, wodurch die Senkung des Uterus und die Anschwellung des Mutterhalses so vermehrt wurde, dass dieser zwischen den Schamlefzen hervorragte. In den nächsten Tagen wurde der Mutterhals künstlich erweitert; dann wurden noch 4 Incisionen in denselben gemacht, die Blase gesprengt und die Zange angelegt. — Am 30. Tage nach der Geburt starb die Wöchnerin unter hydropischen Erscheinungen. (Wagner, Med. Annalen Bd. VI. Heft 2. cf. Schmidt's Jahrb. B. 35. S. 72).

45. Eine Frau, die seit 10 Jahren, an Prol. uteri litt, befand sich im 4. Monat der Schwangerschaft. Zugleich bestand eine Cystocele. Die Reposition gelang, ein eingelegtes Pessarium wurde bis zum 8. Monat getragen. Die Geburt erfolgte rechtzeitig, verlief natürlich und günstig. (Mauriceau, Observations sur la grossesse et l'accouchement des femmes. Paris 1728. Tome 2. pag. 78).

46. Eine Frau litt seit Geburt des dritten Kindes an Gebärmuttervorfall, gegen welchen ein Pessarium angelegt worden war. Die 6. Schwangerschaft erreichte unter fortwährender Anwendung des Pessarium ihr Ende. Dasselbe wurde 4 Tage vor der Geburt unter einem Hustenanfall ausgestossen. Am 15. 8. 1767 stellten sich Morgens die ersten Wehen ein; Abends lag der ganze Gebärmutterhals 4 Zoll lang vor den Genitalien. Da die Geburt nicht fortschritt, wurde die Zange angelegt, wobei der Mutterhals riss, und ein todtes Kind extrahirt. Die Mutter genas. (Stein, G. W., Geburtshülfl. Wahrnehmungen. I. Th. Marburg 1807. S. 246).

47. Einer Frau wurde ihr Gebärmuttervorfall durch ein Pessarium während der ganzen Schwangerschaft zurückgehalten. Bei der Geburt wurde der vordere Theil der Vag. vor dem Kindskopf herabgedrückt, jedoch vorsichtig zurückgehalten und dann hinter den hervortretenden Kopf zurückgeschoben. Das Kind kam lebend zur Welt. Die Mutter starb am 10. Tage nach der Entbindung. (Smellie, A Collection of preternatural Cases and Observations in Midwifery. Vol. III. London 1764. pag. 489 u. 491).

48. Bei einer Vpara, die von der letzten Geburt einen Gebärmuttervorfall zurückbehalten hatte, befand sich im 4. Monat ihrer jetzigen Schwangerschaft der Uterus in der Grösse einer Mannsfaust ausserhalb der Geschlechtstheile. Die Reposition desselben und die Einlegung eines Pessarium gelang, so dass der Vorfall nicht wiederkehrte. In der Mitte des 7. Monats stellten sich deutliche Wehen ein; Nachts darauf wurde die kleine, aber lebende Frucht geboren. — (Smellie, A Collection of preternatural Cases and Observations in Midwifery. Vol. III. London 1764. p. 489 u. 491).

49. Eine 39jähr. Frau hatte seit ihrem 18. Jahre einen Prolaps. uteri, welcher immer grösser wurde. — Trotzdem gebar sie 2 Kinder, abortirte aber in der dritten Schwangerschaft. Als im 8. Monat ihrer vierten Schwangerschaft die vorgefallene Gebärmutter ziemlich gross war, wurde dieselbe mit einem Pessarium zurückgehalten. Die Geburt verlief normal und glücklich. (Jördens, Loder's Journal für die Chirurgie und Geburtshülfe etc. II. Bd. Jena 1800. S. 137).

50. Bei einer Schwangern war in der 10. Woche der Schwangerschaft die Gebärmutter in der Grösse einer Mannsfaust vorgefallen. Es wurde die Reposition gemacht und dann der Uterus mittels Pessarium zurückgehalten. Dasselbe wurde bei Beginn der Wehenthätigkeit ausgestossen. — Die Geburt verlief für Mutter und Kind glücklich. (Smith, cf. Houghton in the Dublin Quaterly Journal of medical science. Vol. XV. February and May 1853. p. 314 — prolapsus of the uterus).

b. Die Reposition der vorgefallenen Gebärmutter ist wegen Einklemmung unmöglich.

Es sind die hierher gehörigen Fälle sehr selten und habe ich aus diesem Jahrhundert keinen derartigen Fall beschrie-

ben gefunden. Der Ausgang scheint für die Kreissende immer ein sehr ungünstiger zu sein.

51. Es bildete sich im 4. Monate der Schwangerschaft eine Einkeilung der vorgefallenen Gebärmutter, wodurch der Tod der Schwangern erfolgte. — (Reinick, De uteri delapsu, suppressionis urinae etc. Gedani 1732. — cf. Hohl, dessen Lehrbuch etc. Leipzig 1855. S. 331). Vgl. hierüber noch den nächsten Fall.

B. Der Prolapsus uteri bestand vor Eintritt der Schwangerschaft nicht.

Er entsteht:

1. In der ersten Hälfte der Schwangerschaft,

d. h. bis zum 4. Monat, in welcher Zeit der Fundus uteri anfängt in die Höhe zu steigen. —

52. Eine 24jähr. Ipara bekam im 4. Schwangerschaftsmonat bei dem Heumachen einen Prol. uteri compl. Die Portio vag. hing zwischen den äussern Schamlippen heraus und war sehr roth und geschwollen. Die Person litt an sehr heftiger Strangurie. Trotz ärztlicher Hülfe starb die Frau am dritten Tage. —

Die Section ergab Peritonitis und Meteorismus. Der im Becken eingekeilte Uterus sah blau aus. Die Frucht lag in demselbeu mit dem Kopfe abwärts. (Stark's neues Archiv II. Bd. I. Stck. Jena 1801. p. 240).

53. Maria H., 43 Jahre alt, mit sehr geringer geistiger Befähigung, deren Angaben ziemlich unvollständig, gebar vor 8 Jahren zum ersten Male um die 30. Woche ein todtes Mädchen mit Hülfe der Zange, wobei ein tiefer Damm- und penetrirender Afterriss entstand. Prof. Breslau fand bei der Untersuchung einen fast completen Mangel des Damms, eine die Spitze des kleinen Fingers durchlassende, mit narbigen Rändern umgebene Scheidenmastdarmfistel, ungefähr 1'' über dem Scheideneingange. Gleich mit dem Beginn der Schwangerschaft trat der Uterus vor die Genitalien, bis zwischen die Schenkel hervor und es soll bis ganz zum Ende der Schwangerschaft ein Vorfall des Uterus oder wenigstens seiner untern Partie zwei Fäuste gross fortbestanden haben, der sich erst mit dem Beginne der Geburt (am Tage vor der Aufnahme in das Krankenhaus), von selbst bis in die Scheide

zurückgezogen haben soll. Am 30. Novbr. stellten sich starke Wehen ein; der Fundus uteri stand handbreit über dem Nabel; der Uterus fest um das Kind zusammengezogen, Kindestheile von aussen nicht fühlbar. Im Introitus vag. ein voluminöser Tumor, welcher die bis zum Beckenausgang herabgedrängte Geschwulst ist, zum grossen Theil von dem mit herabgedrängten unteren Uterussegment überzogen. Bei Entfaltung der äussern Genitalien konnte man die erweiterte vordere Scheidenwand sehen, und weiter nach hinten, gegen den After zu fühlt und sieht man den ungefähr 2 Frcs.-Stück grossen Muttermund, und dahinter die faltige mit Haaren besetzte, schlaff infiltrirte Kopfschwarte des Kindes. Der Muttermund selbst verdickt, callös, narbenartig, — ohne Zweifel das Produkt einer durch chronische Entzündung entstandenen Induration. — Breslau machte in den unnachgiebigen Cervix Incisionen und perforirte das Kind. Die Mutter genas nach längerem Leiden. Später wurde ein Hysterophor applicirt. (Breslau, Monatsschrift für Geburtskunde und Frauenkrankheiten. Berlin 1865. Bd. XXV. pag. 151. —

54. Bertha Br., 24 Jahre alt, stand im 4. Monat der Schwangerschaft. Seit 17 Jahren menstruirt, stets gesund; vor 2½ Jahren von einem lebenden Kind ohne Kunsthülfe leicht entbunden. Nachdem im Sommer 1861 vorher die Menstruation ausgeblieben, um die Mitte Decemb. aber eine geringe Genitalblutung und im Januar 1862 unter dem Gefühl von Senkung eine starke Blutung stattgefunden hatte, soll Ende Februar in Folge eines Falles auf den Rücken unter heftigen Schmerzen im Unterleibe „etwas aus den Schamtheilen hervorgetreten sein.“ Unter der Schamfuge vor dem Scheideneingange wurde die sehr verlängerte, ödematös geschwollene Portio, deren vorzüglich verlängerte vordere Lippe bläulich roth, und an der Innenfläche mit einem Eiter absondernden Geschwür bedeckt erschien, gefühlt. Die Kreuzbeinaushöhlung war von einer elastisch-fluctuirenden Geschwulst, dem sehr erweiterten Mutterkörper, in welchem man kleine bewegliche Theile wahrnahm, ausgefüllt. — Es bestand somit neben dem Prolaps eine Retroflexio grav. uteri ohne sehr erhebliche Harn- und Stuhlbeschwerden. Es wurde dann das 4 Monat alte Ei unter reichlichem Blutabgang ausgestossen. Unter der Anwendung adstringirender Mittel zog sich die verlängerte Portio zurück.

(E. Martin, Monatsschrift für Geburtskunde etc. Berlin 1862. Bd. XX. pag. 203 und folgende.)

55. Frau W., 41 Jahre alt, hatte vor 9 Jahren ihr einziges Kind geboren. Sie befindet sich nach ihren Angaben im 4. Monat der Schwangerschaft. Die Pat. wurde zuerst auf ihr Leiden aufmerksam gemacht durch das Herabtreten einer Geschwulst in den Scheideneingang, nachdem einige Tage vorher ihr Hausarzt einen bohnengrossen, dünngestielten Polypen aus dem erweiterten Mutterhalskanal entfernt hatte. Es fand sich zwischen den Schamlefzen ein den Scheidenausgang ausfüllender, bläulich-rother, weicher Zapfen von mehr als Daumenstärke mit einer schräg verlaufenden offenen dunkelrothen Spalte. Es war die Portio mit dem Os uterinum. Ueber dem herabgedrängten Scheidengewölbe fand sich die hintere Wand des vergrösserten, undeutlich-fluctuirenden Mutterkörpers, welcher in der Kreuzbeinaushöhlung lag, und mit dem verlängerten Mutterhalse einen Winkel bildete. Durch einen steten, auf den Mutterkörper ausgeübten Druck, gelang die Reposition des retroflectirten Uterus. Die Herstellung der regelmässigen Gestalt und Lage des Uterus, hatte die Rückbildung des Mutterhalses und Scheidentheils zur Folge; vor demselben fühlt man jetzt den ausgedehnten Körper über dem Scheidengewölbe und den Muttergrund oberhalb der Schamfuge. — (E. Martin, Monatsschrift für Geburtskunde etc. Berlin 1862. Bd. XX. pag. 203 und folgende.)

56. Eine Kaufmannsfrau, 40 Jahre alt, befand sich im 4. Monat der Schwangerschaft. In derselben war allmählig ein Prol. uteri entstanden; die sehr beträchtlich verlängerte schlaffe bläuliche Scheidenportion sieht aus dem Scheideneingange hervor, dahinter ist die Kreuzbeinaushöhlung von dem im Winkel abweichenden Mutterkörper ausgefüllt. Die Reposition gelang in der Knie-Ellenbogenlage. Pat. abortirte 8 Tage später. (E. Martin, die Neigungen und Beugungen der Gebärmutter etc. Berlin 1866. pag. 228, 229. Fall 32). —

57. Eine 32jährige Beamtenfrau litt seit Jahren an Retroflexio ulteri in Folge von Erschlaffung nach Wochenbetten. — Sie befand sich im 4. Monat der Schwangerschaft. Allmählig entstand ein Prol. uteri, so dass der auf $2^1/_2''$ verlängerte Scheidentheil mit dem Muttermund aus dem Scheideneingang hervortrat; dahinter in der Excavatio sacralis

lag der vergrösserte Mutterkörper. Die Reposition wurde in der Knie-Ellenbogenlage vorgenommen. Es trat eine rechtzeitige und glückliche Geburt ein (E. Martin, die Neigungen und Beugungen der Gebärmutter etc. Berlin 1866. pag. 228, 229. Fall 33). —

2. Der Prolapsus uteri entsteht in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft (d. h. nach dem 4. Monat).

58. Frau Auguste Kl., 37 J. alt, V para, war als Kind stets gesund. Sie bekam ihre erste Regel im Alter von 19 Jahren und wurde dann regelmässig alle 3 Wochen unter vorhergehenden Kreuz- und Leibschmerzen menstruirt. Die Menses dauerten jedesmal 6—8 Tage. Sie gebar vor 12 Jahren nach mehrtägiger Geburtsdauer einen lebenden Knaben ohne Kunsthülfe. Ebenso wurde das zweite und dritte Kind, trotz vorherbestandener Querlage, von selbst geboren. Am Ende der vierten Schwangerschaft dagegen trat eine heftige Metrorrhagie ein, und es wurde die Anlegung der Zange nöthig. Sämmtliche Kinder nährte die Mutter selbst. Das letzte Kind setzte sie im 8. Monat ab, weil ihre Menses wiederkehrten. Dieselben erschienen zum letzten Mal vom 4.—8. März 1868. Von dieser Zeit an datirte Frau Kl. ihre diesmalige Schwangerschaft. Kindsbewegungen will sie Mitte Juli zuerst gefühlt haben. — Während der Gravidität befand sich dieselbe, ausser öfters wiederkehrender Uebelkeit und einem starken Fluor albus, gesund; namentlich will sie nie einen Vorfall der Gebärmutter bemerkt haben. Am 28. November trat nach dem Tragen einer kleinen Last eine grosse rothe Geschwulst von Apfelgrösse aus den Genitalien hervor, welche sich bei beobachteter Ruhe wieder von selbst hineinzog. Dies wiederholte sich öfter, bis am 8. December eine doppelt so grosse Geschwulst heraustrat, welche nicht von selbst zurückging, sondern durch den herbeigerufenen Arzt reponirt wurde. Auf dessen Rath suchte Gravida das hiesige Gebärhaus auf, wo am 10. December vorigen Jahres folgender Status aufgenommen wurde.

Mässig kräftige Frau. Leibesumfang 105,5 Ctm. Beckenumfang 96. Spin. il. 29. Ctm. Cr. il. 31,6. Troch. 32,7. Diamet. Baud. (Conj. ext.) 21. Obl. utr. 23,6 Ctm. — Nach den hier angeführten Maassen stellt sich das Becken als ein recht grosses dar, welches nach allen Dimensionen die durch-

schnittlichen Maasse übertrifft (vgl. C. Martin. Durchschnittliche geburtshülfliche Maasse etc. Berlin 1867). Der Fundus uteri wurde in der Mitte zwischen der Magengrube und den blasenartig hervorgetriebenen Nabel gefühlt. — Rechts oberhalb des letztern lag ein grosser harter Theil, ein ebensolcher in gleicher Höhe links, doch weicher, als der vorige, und daneben etwas nach der Mittellinie zu ein kleiner Theil. Die Herztöne waren links von der Mittellinie sehr schwach zu hören. — Bei der Untersuchung fand man hinter dem Scheideneingang sogleich die stark verlängerte und verdickte, übrigens aber schlaffe, vordere und hintere Mutterlippe, deren Länge sich auf 6—7 Ctm. schätzen liess. Das vordere und hintere Scheidengewölbe befanden sich an ihrer normalen Höhe. Der Cervicalkanal war etwa für drei Finger durchgängig. Beim Niederdrücken des Gebärmuttergrundes konnte man einen grossen, weichen Theil undeutlich vorliegen fühlen, doch war die nähere Bestimmung desselben nicht möglich. Mit Berücksichtigung aller Momente musste eine Querlage angenommen werden. — Status am 11. December 1868:

Die Mutterlippen haben sich bis auf 2,5 Ctm. verkürzt, sind noch geschwollen und zeigen Substanzverluste, welche mit Eiter bedeckt sind. Am nächsten Tag öffnete sich der innere Muttermund merklich. Es wurde ein grosser, unebener Theil vorliegend gefühlt; doch befand sich derselbe noch zu hoch, als dass die Diagnose mit Sicherheit hätte gestellt werden können. — Am Mittag desselben Tages wurden die Wehen, die sich schon Morgens eingestellt hatten, stärker. — Der Muttermund war thalergross geöffnet; die Blase wölbte sich tief herab. Ganz hoch rechts wurde ein kleiner Theil gefühlt. — Eine Stunde später fühlte man im Fundus einen grossen harten Theil, einen eben solchen hochstehend hinter der Symphyse. — Um 3 Uhr Nachmittags wurde die unversehrte Fruchtblase durch die Schamspalte hervorgetrieben. Als sie künstlich gesprengt wurde, ergossen sich daraus grosse Mengen Fruchtwassers, welche Meconium und geformte Massen enthielt. — Jetzt fühlte man deutlich den Steiss vorliegen; links die Afterkerbe, nach rechts hin die Schamspalte und weiter nach links eine Ferse. Um 6 Uhr wurde ein volles Dover'sches Pulver gegeben, worauf sich der Muttermund gänzlich erweiterte. — Um 7 Uhr extrahirte Herr Geheimrath Martin, nachdem er das linke Bein und

den rechten Arm gelöst hatte, das Kind, welches lebte und wohlgebildet war. Die Nachgeburt, welche einige Minuten später durch Druck auf den Gebärmutterkörper entfernt wurde, zeigte normale Verhältnisse. — Nach der Entbindung zeigte sich in der Schamspalte neben der vorgefallenen vordern Vaginalwand die ebenfalls vorgefallene Portio vag. Die vordere Lippe erschien ungewöhnlich verdickt.

Das Wochenbett verlief im Ganzen günstig; das ziemlich hohe Fieber (es wurden Temperaturen bis 41,3° C. constatirt) wurde durch Darreichung eines Infus. fol. Digit. mit Natr. nitric. erfolgreich bekämpft; die Blutungen, die sich anfangs aus den Genitalien einstellten, durch Darreichung von Secale cornutum und Injectionen von verdünntem Essig gestillt. Der Fundus zog sich unter kalten Wasserumschlägen vollständig zusammen. — Der Vorfall, welcher mit adstringirenden Umschlägen (Decoct Quercus etc.) behandelt wurde, zog sich bei der stets horizontalen Lage der Wöchnerin so zurück, dass er nach 3 Wochen fast völlig verschwunden war, so dass Patientin die Anstalt verlassen konnte. (Beobachtet auf dem hiesigen geburtshülflichen Institut.)

59. Oswald fand bei einer Frau, welche im sechsten Monat schwanger, während des Arbeitens plötzlich einen Vorfall der Gebärmutter bekommen und seitdem Wehen hatte, das Kind, mit den Füssen voran, bereits bis an die Brust geboren. — Dabei war nicht allein die Mutterscheide, sondern auch grösstentheils die ganze Gebärmutter vorgefallen. Die Reposition derselben war unmöglich. Deshalb wurde mit Vorsicht zuerst das Kind und dann die Nachgeburt herausgenommen. Hierauf gelang die Reposition. Die Wöchnerin blieb gesund (Oberstadt, Auszug aus dem Generalbericht des Kgl. rheinischen Medicinalcollegii über das Jahr 1827 in der gemeins. deutschen Zeitschr. für Geburtskunde. Bd. VI. Hft. I. Weimar 1831. S. 148).

60) Frau X., die sich im 9. Monat ihrer 8. Schwangerschaft befand, bemerkte, obgleich sie von einem früher bestandenen Gebärmuttervorfall nichts wissen wollte, nachdem die Schwangerschaft bis dahin ohne besonderen Zufälle verlaufen war, dass ihr ohne bekannte Veranlassung etwas aus ihren Genitalien hervortrete; bei der Untersuchung fanden sich die beiden dunkelblau gefärbten, geschwollenen Lippen zwischen den grossen Lefzen liegen, und der Mutterhals so verlän-

gert, dass es nicht gelang, den vorliegenden Kindestheil zu erreichen, während der Fundus uteri mehrere Finger breit oberhalb des Nabels zu fühlen war. Bei geeigneter Behandlung ging nicht nur die Geburt gut von Statten, sondern es wurde auch die Patientin von ihrem Uebel völlig hergestellt. (E. Martin, Monatsschrift für Geburtskunde etc. Berlin 1862. Bd. XX. pag. 203—216). —

61) Frau P., 34 J. alt, zum 11. Mal schwanger, fühlte während ihrer diesmaligen Schwangerschaft etwas aus den Genitalien heraustreten. Auf Befragen gab sie an, dass sie bereits im Verlauf der vorletzten Schwangerschaft einen nach der Geburt wieder verschwundenen Vorfall bemerkt habe. Bei der Untersuchung fand sich der vorübergehende Fundus handbreit über dem Nabel. Kleine Theile wurden links gefühlt. Zwischen den Lefzen ragte die Portio vag. als eine dicke, aufgewulstete, teigig anzufühlende Masse über handbreit heraus, so dass der Frau das Gehen ungemein schwer wurde. Das Orif. ext. bildete eine Querspalte mit vielen seitlichen Einrissen und Erosionen. Der vorgetretene Scheidentheil konnte emporgedrängt werden, trat jedoch sofort nach Entfernung der Finger wieder hervor. Die Geburt verlief normal, ebenso das Wochenbett; der Prolaps zeigte sich nicht wieder. — (E. Martin. Monatsschrift für Geburtskunde etc. Berlin 1862. Bd. XX. pag. 203—216).

62) Eine 22jähr. Frau bekam im 7. Schwangerschaftsmonat einen Prolapsus uteri, welcher im nächsten Monat über 6 Finger breit aus der Schamspalte hervorragte. Der rothbraune Uterus hing bis unter das mittelste Drittel der Schenkel herab, der Muttermund hatte einen Durchmesser von 8 Ctm., war hart und callös. Durch ihn fühlte man den Schädel eines an Hirnbruch leidenden Fötus. Es wurden Incisionen in den Muttermund gemacht und dann die Frucht mittelst Zange extrahirt. Die Placenta wurde darauf künstlich gelöst; der Uterus reponirt. Die Mutter genas; der später wieder vorgefallene Uterus wurde mit einem Pessarium zurückgehalten. — (Perfetti, Bullet. delle sc. med. di Bologna April 1843. cf.: Schmidt's Jahrbücher B. 42. S. 197). —

63) Im 5. Monat der Schwangerschaft fiel einer Frau, während sie aus dem Brunnen Wasser schöpfte, etwas aus den Geschlechtstheilen heraus. Dieses wurde immer grösser und verursachte grosse Schmerzen und Beschwerden im Unterleibe und beim Urinlassen. Es war ein Theil des Uterus, welcher herausgetreten war. Am Ende der Schwangerschaft sah man

den Hals desselben 6″ lang, sehr geschwollen und hier und da mit brandigen Flecken besetzt, hervorragen. Acht Tage später stellten sich Wehen ein. Es war nun der ganze Uterus aus den Geschlechtstheilen herausgetreten. Das Kind wurde lebendig extrahirt, starb aber bald. Nach der Geburt wurde der Uterus reponirt und später durch ein Pessarium zurückgehalten. Müllner (Seltene und höchst merkwürdige Wahrnehmung etc. Nürnberg 1771. cf. Richter's chirurg. Bibliothek. I. Bd. 4 Stück, S. 172.)

64) Bei einer IIIpara wurde die ganze Gebärmutter, welche in der letzten Hälfte der Gravidität vorgefallen war, vor den Geschlechtstheilen liegend gefunden. Repositionsversuche waren vergebens. — Nachdem das Fruchtwaser abgeflossen war, wurde durch warme Ueberschläge und warme Linimente eine Erweiterung des Orif. ext. bewirkt, worauf das Kind lebend extrahirt wurde. — Der Uterus wurde nachher reponirt. — Fabricius (Progr. quo facilitatem insignem extractionis foetis vivi et incolumis in parturientibus procedentis uteri sine nversione laborantibus etc. Helmstadii 1748). —

3. Der Prolapsus uteri tritt ein während des Geburtsaktes.

65) Mauriceau sah eine Gebärende, bei welcher der ganze Gebärmutterhals seit drei Stunden aus der Schamspalte getreten war. Der Vorfall war ½ Fuss lang und noch einmal so dick, als ein Kindskopf. Am untern Ende war der Muttermund, durch welchen man den Kopf fühlte, drei Querfingerbreit geöffnet. — Der Muttermund wurde mit den Fingern allmählig erweitert und ein lebendes Kind ausgezogen Die Reposition des vorgefallenen Uterus gelang nach der Geburt leicht. Das Wochenbett verlief günstig. Später wurde ein Pessarium angewendet. Mauriceau (Observations sur la grossesse et l'accouchement des femmes. Tome II. Paris 1728. pag. 6).

66) Bei einer 23jährigen primipara fiel 2 Tage vor der Geburt während der ersten Wehen der ganze Cervix uteri in der Länge von ½′ und der Dicke eines Kindskopfes aus den Geschlechtstheilen heraus. Am untern Ende des prolabirten Uterus fand sich der Muttermund, welcher 2 Querfinger breit geöffnet war und sehr dicke Ränder hatte. Da bei dem lividen Aussehen der Geschwulst Mortification derselben befürchtet wurde, machte man in die Gebärmutter einen tiefen Kreuz-

schnitt. Nach dieser Operation kam das Kind lebend zur Welt. Nach Entfernung der Placenta wurde der Uterus reponirt. Die Wöchnerin genas und hat seitdem wieder geboren. — (Chemin, Journal de Médecine. Tome IX. Paris 1758, p. 149).

67) Eine Gebärende hatte sich ein wenig hingelegt, um auszuruhen, als mit einer starken Wehe vor den Augen der Hebeamme der ganze Uterus vorstürzte. — Frogé fand die Frau liegend; der Uterus erstreckte sich zwischen den Schenkeln bis zu den Knieen herab. Das Fruchtwasser war seit mehreren Stunden abgeflossen, der Muttermund ca. 5 Sgr. gross, an den vorliegenden Kopf fest angedrückt. — Seit dem Augenblick des Vorfalls hatten die Wehen aufgehört. Die Frau war kräftig. Der Muttermund wurde an verschiedenen Stellen mit dem geknöpften Messer eingeschnitten, und war bald so weit, dass man die Zange anlegen konnte, während ein Assistent die untern Theile des Uterus hielt. Die Nachgeburt wurde dann entfernt und der Uterus reponirt, wobei sich Wehen einstellten. Das ausgetragene Kind lebte 24 Stunden. Die Frau genas und trug ein Pessarium. Sie gebar später noch mehrere Kinder. — (Frogé, Gazette médicale. 1. Dec. 1866. pag. 753, cf. Monatsschrift für Geburtskunde etc. Bd. XXXI. pag. 222. Berlin 1868.)

68) Bei einer Frau war in Folge von Leibschmerzen der Uterus aus der Schamspalte getreten. Die Reposition gelang nicht. Es kamen Wehen hinzu und die Geburt wurde durch die Wendung mit günstigem Ausgange für Mutter und Kind beendet. Der Uterus wurde dann reponirt, die Frau blieb gesund. — The Dublin Quarterly Journal of medical science Vol. XV. February and May 1853. pag. 314. —

69) Ricker fand am 7. Januar 1827 bei einer 25jährigen Ipara, welche nie an Prolapsus uteri gelitten, am 6. Jan. Wehen bekommen und in der Nacht vom 6—7 Jan. das Fruchtwasser verloren hatte, den Kopf sehr tief im Becken und denselben von dem ebenfalls tief herabgedrückten Mutterhalse umgeben, den Muttermund 1″ weit geöffnet, seinen Rand scharf, und unnachgiebig. Es konnte der Kopf sammt der Gebärmutter leicht in die Höhe geschoben werden. Darauf wurde ein Schwamm in die Vagina eingeschoben. Da der Muttermund sich nicht erweiterte, wurde mit den Fingern erweitert, und dann die Zange angelegt. Der Kopf rückte bei dem ersten Zuge sammt dem Uterus herab, so dass der Muttermund zwischen den Schamlippen sichtbar wurde. Als das Hervortreten zunahm, wurden in den Muttermund mit dem Pott'schen Bistouri

Incisionen gemacht und dann ein lebendes Kind entwickelt. Die Mutter genas. — (Ricker, El. v. Siebold's Journal XI. Bd. 3. Stück. pag. 515). —

70) Lessmann fand bei einer 31 Jahr alten Frau, welche zwei Mal im dritten Schwangerschaftsmonat abortirt hatte, deren dritte Schwangerschaft das rechtzeitige Ende erreichte, die Vaginalportion 5″ lang, am Halse der Gebärmutter $3_i^1/_2$″, und am Muttermund 2″ dick vorgefallen. Auf dem Sche dengewölbe fühlte man den vorliegenden Kindskopf. Fünf Stunden war der ganze Uterus vorgefallen und reichte bis zur Mitte der Oberschenkel der Mutter. Da die Ausstossung des Kindes für die Natur unerreichbar erschien, wurden Incisionen in den Muttermund gemacht und das Kind todt extrahirt. Der Uterus wurde reponirt und mit einer TBinde zurückgehalten. Die Mutter genas. — (Lessmann, Med. Zeitung von dem Vereine für Heilkunde in Preussen. Berlin Jahrg. 1854. No. 39).

71) Eine 32jähr. IVpara bekam am rechtzeitigen Ende der Schwangerschaft Wehen, welche 3 Tage dauerten, ohne dass die Geburt zu Ende ging. Plötzlich fiel bei einer sehr starken Wehe der ganze Uterus aus der Schamspalte. Der Muttermund war kaum genügend eröffnet, um die Einführung des Fingers zu gestatten. Bei der Berührung des Fötus ging die Epidermis ab, so dass der Tod desselben nicht zu bezweifeln war. Die Gebärende selbst starb 4 Stunden nach dem Vorfall des Uterus. — (Corvisart's Journal. Tom. IV. pag. 264. cf. The Dublin Quarterly Journal etc. Vol. XV. February and May 1853. pag. 313).

Es finden sich ausser den oben angeführten 71 Fällen noch eine Anzahl von Beobochtungen von Prolapsus uteri gravidi, welche jedoch in ihrer Beschreibung nicht genug Daten darboten, um sie irgend einer Klasse des aufgestellten Systems einzureihen. Sie mögen daher in Folgendem nur citirt nicht beschrieben werden:

72) Haller's Chirurgical Disputations. cf. The Dublin Quarterly Journal of medical science. Vol XV. February and May 1853. pag. 314. —

73. Antrobus in Liverpool 1763. cf. das vorige Citat The Dublin etc. p. 312.

74. Ashwell dasselbe Citat p. 315.

75. Memoirs of the Medical Society of London. (cf. The Dublin etc. p. 312.)

76. Ebendaselbst ein Fall v. Prof. Rizzoli.

77. Smithe, ebendaselbst p. 313.

78. Hanerwolf, ebendas. p. 315.

79. Deventer (Operationum chirurgic. nov. lum. exh. Pars II. Lugduni Batav. 1733. p. 32.)

80. Ducreux (Mémoires de l'Académie royale de Chirurgie Tom. VIII. Paris 1757. p. 393.)

81. Saviard (Recueil d'Observations chirurgicales. Paris 1784; cf. Richters chir. Bibl. VII. Bd. Göttingen 1784. S. 656.)

82. Schaw (Memoirs of the Medical society of London. Vol. I. London 1782. cf. Richters chir. Bibl. X. Bd. p. 247.)

83. Giesemann (Verm. chir. Schriften von Schmucker I. Bd. Frankenthal 1788. S. 387.)

84. Fasola (Annali universali de medicina compilati del Omodei Vol. XXIII. Sept. Milano 1822. cf. Meissner's Forschungen des 19. Jahrh. etc. I. Th. Leipzig 1826. p. 46.)

85. Hammer (Neue Zeitschrift für Geburtsskunde Bd. IV. Heft I. S. 46.)

86. Kurzak (Conspectus partuum in lechodochio Pragensi a primo mensis Sptb. 1825. etc. Pragae 1827. cf. Zeitschrift f. Geburtsk. VI. Bd. 3. Hft. Berlin 1838. S. 472.)

87. Harting (Medicinische Zeitschrift. Berlin. Jahrg. 1849. Nr. 22.)

88. Augenstein (Organ f. d. ges. Heilkunde II. 3. 1853; cf. Schmidt's Jahrb. Bd. 80. S. 230.)

89. Krieger (Monatsschr. f. Geburtskunde etc. XI. Bd. 6. Heft. Berlin 1858. S. 430.)

90. Seidel, (Organ f. d. ges. Heilk. 8. Jahrg. Heft 3. 1859. cf. Monatsschrift etc. 15. Bd. 1860. p. 316.)

91. Hohl (Lehrbuch der Geburtshülfe. Leipzig 1855. p. 657.)

Der Verfasser ist am 10. August 1845 zu Elbing in Westpreussen geboren wo er das Gymnasium besuchte. Nachdem er zu Michaelis 1865 die Maturitätsprüfung bestanden hatte, bezog er die Universität zu Heidelberg, wo er den medicinischen Studien ein Jahr lang oblag. Nach Beendigung desselben ging er nach Berlin und vertauschte diese Universität zu Ostern 1867 mit Marburg, welches er zu Michaelis desselben Jahres verliess, um nach Berlin zurückzukehren. Hier bestand er im Mai 1868 sein Tentamen physicum und vollendete seine medicinischen Studien im Sommer des nächsten Jahres. Während seines Aufenthaltes in Heidelberg, Marburg und Berlin hat er die Vorlesungen resp. Kliniken folgender Herren besucht: Bunsen. Carius, du Bois-Reymond, Ebert, Helmholtz, Jüngken, Kirchhoff, v. Langenbeck, Lewin, Lieberkühn, Mannko pf, Martin, Melde, J. Meyer, Nasse, Reichert, Traube, Virchow, Wagner, Westphal. — Es freut ihn, allen diesen verehrten Lehrern seinen besten Dank aussprechen zu können.

THESEN.

1. Die Erhöhung der Temperatur im Fieber beruht nicht allein auf erhöhtem Stoffumsatz, sondern auch auf Zurückhaltung der Wärme.
2. Die Lehre von der specifischen Differenz der typhoiden Krankheiten ist der Identitätslehre vorzuziehen.
3. In denjenigen Fällen von fehlerhafter Kindeslage, in welchen eine schleunige Entbindung nicht geboten ist, und die Frucht in der Gebärmutterhöhle beweglich liegt, ist die Wendung durch äussere Handgriffe anzurathen.
4. Die Unterbindung einer oder beider Aa. Carotides ext. zur Heilung eines Aneurysma cirsoideum am Kopf, ist gefahrvoll und führt in den seltensten Fällen zu glücklichen Resultaten.
5. Ein Vorfall der schwangern Gebärmutter ohne Complication kann nie eine Indication für die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft abgeben.